



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O USO DE PRÓTESE REMOVÍVEL E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO COM A SAÚDE ORAL

Trabalho submetido por
Inês Lucas Castro Guimarães
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O USO DE PRÓTESE REMOVÍVEL E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO COM A SAÚDE ORAL

Trabalho submetido por
Inês Lucas Castro Guimarães
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Ana Cristina Garcia de Matos Manso

outubro de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho final de curso à minha mãe
que sempre acreditou em mim e que nesse sentido tudo fez para que fosse
possível seguir o meu sonho e uma profissão que me faz feliz

Tenho saudades tuas,
Muito obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

Quero começar por agradecer à Doutora Ana Cristina Manso, que aceitou orientar este projeto, pelo seu apoio, disponibilidade, compreensão e dedicação durante todo este percurso, e que sem a qual não teria sido possível terminar.

Ao Doutor Luís Proença, pela sua ajuda imprescindível na elaboração da análise estatística.

Ao Instituto Superior da Saúde Egas Moniz, que foi nos últimos anos uma “segunda casa” e no qual tenho o maior orgulho de me formar e a todos os professores que me acompanharam e ajudaram a crescer tanto pessoalmente, como também profissionalmente.

A toda a minha família e amigos que sempre acreditaram, incentivaram e apoiaram o meu percurso quer pessoal quer académico.

À melhor colega de box e amiga, Inês Monteiro e à Mafalda Ascenso, que sem as quais todo este percurso não tinha sido o mesmo, obrigada pela amizade, paciência, incentivo e pelo apoio incondicional.

A todos os voluntários que participaram e se disponibilizaram a participar neste estudo, com muita simpatia, entusiasmo e compreensão.

Sem todos vós...não teria sido possível,

Obrigada a todos.

RESUMO

Objetivo: Quantificar o nível de auto-percepção dos utilizadores de prótese removível e a prevalência de lesões na cavidade oral, antes e após a colocação de prótese removível. Identificar os principais factores sociodemográficos associados à auto-percepção e quais os domínios desta que se associam ao uso de prótese removível.

Materiais e Métodos: Avaliou-se o nível de auto-percepção e as condições de saúde oral de 30 idosos, com necessidade normativa de uso de prótese, antes e após 6 meses da colocação de prótese, selecionados da consulta de RO da CDEM da CES Egas Moniz. Estes idosos foram divididos em 2 grupos, consoante o tipo de prótese, acrílica (grupo A) ou esquelética (grupo B). Ambos os grupos foram avaliados recorrendo ao GOHAI, analisou-se a presença de lesões na cavidade oral e determinou-se o IP, IG e CPI de cada indivíduo. Utilizou-se o software SPSS na análise descrita e inferencial (teste de Wilcoxon, McNemar, T-Student e Spearman) com um $p < 5\%$.

Resultados: Obteve-se, um nível de auto-percepção baixo no conjunto dos 2 grupos (média 29,4 pontos no GOHAI) antes da colocação de prótese e um nível de auto-percepção moderada no conjunto dos 2 grupos (média de 31 valores no GOHAI) após colocação de prótese. No CPI predominou a ausência de sextante. O IP teve como média, antes da colocação de prótese $29,63\% \pm 30,731\%$ e $24,93\% \pm 29,655\%$ e após colocação da prótese $23,84\% \pm 27,1401\%$ e $17,71\% \pm 19,33\%$, nos grupos A e B respetivamente. O IG teve como média, antes da colocação de prótese $9,19\% \pm 15,008\%$ e $7,21\% \pm 12,819\%$ e após colocação da prótese $7,69\% \pm 7,418\%$ e $6,57\% \pm 8,016\%$, nos grupos A e B respetivamente.

Conclusões: A utilização de prótese esquelética melhorou o nível de auto-percepção dos idosos, mas a utilização de prótese acrílica não apresentou diferenças estaticamente significativas. Verificou-se que a dificuldade na mastigação e na alimentação e a dor na cavidade oral não interferem na qualidade de saúde oral, na sua dimensão social.

Palavras-chave: Envelhecimento; GOHAI; Auto-percepção, Saúde oral

ABSTRACT

Objective: Quantify the level of self-perception on removable prosthesis users and the prevalence of lesions in the oral cavity before and after the acquisition of a removable prosthesis. Identify the main socio-demographic factors associated with self-perception and which dimensions are associated with the use of removable prosthesis.

Materials and Methods: The level of self-perception and the conditions of oral health were evaluated on 30 elderly, with a need for denture prosthesis, before and 6 months after acquiring the prosthesis, selected from the oral rehabilitation consult of CDEM of the CES Egas Moniz. These seniors were divided into two groups, depending on the type of a denture prosthesis, acrylic (group A) or chrome-cobalt (group B). Both groups were evaluated using the GOHAI, analyzed for the presence of lesions in the oral cavity and was determined the IP, IG and CPI in each individual. SPSS software was used in the descriptive and inferential analysis (Wilcoxon test, McNemar test, T-Student test and Spearman correlation) with a $p < 5\%$.

Results: This yields in a low level of self-perception in the 2 groups (mean of 29.4 points in GOHAI) prior to the acquisition of a denture prosthesis and in a moderated level of self-perception in the 2 groups (mean of 31 points in GOHAI) after the acquisition. The absence of sextants prevailed in the CPI. The IP had a mean, before the acquisition of prosthesis, of $29.63\% \pm 30.731\%$ and $24.93\% \pm 29.655\%$ in group A and B respectively. After the acquisition of the denture prosthesis the mean was $23.84\% \pm 27.1401\%$ and $17.71\% \pm 19.33\%$ in group A and B respectively. The IG had a mean before the prosthesis acquisition of $9.19\% \pm 15.008\%$ and $12.819\% \pm 7.21\%$ in group A and B respectively, and after acquisition of $7.69\% \pm 7.418\%$ and $6.57\% \pm 8.016\%$ in group A and B respectively.

Conclusions: The use of chrome-cobalt prosthesis improved the level of self-perception on the elderly, but the use of acrylic prosthesis did not show statistically significant differences. It has been found that the eating difficulty and pain in the mouth do not affect the quality of oral health in its social dimension.

Keywords: Aging, GOHAI, Self-perception, Oral Health

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 1. Fundamentos Teóricos..... | 17 |
| 1.1. Envelhecimento da população..... | 17 |
| 1.2. Caracterização demográfica da população idosa em Portugal..... | 17 |
| 1.3. Interação entre saúde geral e saúde oral..... | 20 |
| 1.4. Condições orais usuais no idoso..... | 21 |
| 1.5. Auto-percepção e auto-avaliação das condições de saúde oral..... | 22 |
| 1.6. Indicadores sócio-dentários..... | 23 |
| 1.6.1. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)..... | 24 |
| 2. Objetivos..... | 25 |
| 3. Hipóteses..... | 25 |
| II. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 27 |
| 1. Considerações éticas..... | 27 |
| 2. Tipo de estudo..... | 27 |
| 3. Local do Estudo..... | 27 |
| 4. Amostra..... | 28 |
| 4.1. Seleção da Amostra..... | 28 |
| 4.2. Critérios de Inclusão..... | 28 |
| 4.3. Critérios de Exclusão..... | 28 |
| 5. Variáveis de estudo..... | 29 |
| 6. Questionário..... | 29 |
| 6.1. Questionário – Parte 1..... | 30 |
| 6.2. Questionário – Parte 2..... | 31 |
| 6.3. Questionário – Parte 3..... | 31 |
| 6.3.1. Determinação de Lesão da mucosa oral..... | 31 |
| 6.3.2. Determinação de Índice Periodontal Comunitário (CPI) e Perda de Inserção (PI)..... | 32 |
| 6.3.3. Determinação de Índice de Placa Bacteriana (IP)..... | 34 |
| 6.3.4. Determinação de Índice Gengival (IG)..... | 35 |
| 7. Base de dados para registo..... | 35 |
| 8. Análise estatística..... | 36 |

| | |
|---|-----------|
| III. RESULTADOS | 37 |
| 1. Análise descritiva da amostra | 37 |
| 1.1. Idade..... | 37 |
| 1.2. Género | 37 |
| 1.3. Estado cívil | 38 |
| 1.4. Nível de escolaridade..... | 38 |
| 1.5. Rendimento familiar | 39 |
| 1.6. Capacidade de autonomia de vida..... | 39 |
| 1.7. Localidade de residência | 39 |
| 1.8. Última consulta de medicina dentária..... | 40 |
| 1.9. Portador de prótese dentária | 40 |
| 1.10. Tipo de prótese que vai adquirir | 41 |
| 1.11. Fumador..... | 41 |
| 1.12. Consumo de álcool..... | 41 |
| 1.13. Presença de doenças vasculares..... | 42 |
| 1.14. Presença de terapêutica vascular | 42 |
| 2. Análise descritiva das variáveis | 42 |
| 2.1. Presença de lesões na cavidade oral | 42 |
| 2.1.1. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica..... | 42 |
| 2.1.2. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética | 43 |
| 2.2. CPI | 44 |
| 2.2.1. CPI em T=0 meses..... | 44 |
| 2.2.2. CPI em T=6 meses..... | 46 |
| 2.3. IP e IG em T=0 meses e T=6 meses | 48 |
| 2.3.1. IP e IG nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica..... | 48 |
| 2.3.2. IP e IG nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética | 48 |
| 2.4. GOHAI nos T=0 meses e T=6 meses | 49 |
| 2.4.1. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica | 50 |
| 2.4.2. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética..... | 50 |
| 2.4.3. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos | 51 |
| 2.4.3.1. Resultados do GOHAI divididos por grupos em T=0 meses | 51 |
| 2.4.3.2. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos em T=6 meses..... | 51 |
| 2.4.4. Análise descritiva dos resultados GOHAI, por questão..... | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Análise Inferencial..... | 53 |
| 3.1. Relação entre o tipo de prótese e presença de lesões na cavidade oral | 53 |
| 3.2. Relação entre o tipo de prótese e o IP e IG | 54 |
| 3.3. Relação entre os dados obtidos no GOHAI nos T=0 meses e T=6 meses e o tipo de prótese adquirida | 54 |
| 3.3.1. Relação entre os dados obtidos no GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica..... | 54 |
| 3.3.2. Relação entre os dados obtidos no GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética..... | 55 |
| 3.4. Correlação das dimensões do GOHAI | 55 |
| IV. DISCUSSÃO..... | 57 |
| V. CONCLUSÕES | 61 |
| VI. FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO | 63 |
| VII. BIBLIOGRAFIA | 65 |
| VIII. Anexos | |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Cartograma do índice de envelhecimento | 18 |
| Figura 2. Figura representativa da medição da perda de inserção, onde o ponto A representa a margem dos tecidos moles; o ponto B a junção amelo-cimentária e o ponto C o fundo da bolsa, para onde migraram os tecidos de inserção periodontal..... | 33 |
| Figura 3. Tabela de registo do índice CPI e PI | 34 |
| Figura 4. Tabela de registo dos índices IP e IG | 35 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Pirâmide etária, Portugal, 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, <i>cenário central</i>) | 19 |
| Gráfico 2. Índice de envelhecimento, Portugal, 2001-2060 | 20 |
| Gráfico 3. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos em T=0 meses..... | 51 |
| Gráfico 4. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos em T=6 meses..... | 52 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Idade..... | 37 |
| Tabela 2. Género..... | 37 |
| Tabela 3. Estado civil..... | 38 |
| Tabela 4. Nível de escolaridade..... | 38 |
| Tabela 5. Rendimento familiar..... | 39 |
| Tabela 6. Capacidade de autonomia de vida..... | 39 |
| Tabela 7. Localidade de residência..... | 40 |
| Tabela 8. Última consulta de medicina dentária..... | 40 |
| Tabela 9. Portador de prótese dentária..... | 40 |
| Tabela 10. Tipo de prótese que vai adquirir..... | 41 |
| Tabela 11. Fumador..... | 41 |
| Tabela 12. Consumo de álcool..... | 41 |
| Tabela 13. Presença de doenças vasculares..... | 42 |
| Tabela 14. Presença de terapêutica vascular..... | 42 |
| Tabela 15. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica (T=0 meses)..... | 43 |
| Tabela 16. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica (T=6 meses)..... | 43 |
| Tabela 17. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética (T=0 meses)..... | 43 |
| Tabela 18. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética (T=6 meses)..... | 44 |
| Tabela 19. CPI do 1ºSextante..... | 45 |
| Tabela 20. CPI do 2ºSextante..... | 45 |
| Tabela 21. CPI do 3ºSextante..... | 45 |
| Tabela 22. CPI do 4ºSextante..... | 45 |
| Tabela 23. CPI do 5ºSextante..... | 45 |
| Tabela 24. CPI do 6ºSextante..... | 45 |
| Tabela 25. CPI do 1ºSextante..... | 47 |
| Tabela 26. CPI do 2ºSextante..... | 47 |
| Tabela 27. CPI do 3ºSextante..... | 47 |
| Tabela 28. CPI do 4ºSextante..... | 47 |
| Tabela 29. CPI do 5ºSextante..... | 47 |
| Tabela 30. CPI do 6ºSextante..... | 47 |

| | |
|---|----|
| Tabela 31. Análise descritiva do IP e IG nos T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica..... | 48 |
| Tabela 32. Análise descritiva do IP e IG nos T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética..... | 49 |
| Tabela 33. Análise descritiva dos resultados GOHAI | 49 |
| Tabela 34. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica nos T=0 meses e T=6 meses..... | 50 |
| Tabela 35. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética nos T=0 meses e T=6 meses | 50 |
| Tabela 36. Análise descritiva dos resultados GOHAI | 52 |
| Tabela 37. Relação entre a presença de lesões no T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica pelo teste de McNemar..... | 53 |
| Tabela 38. Relação entre a presença de lesões no T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética pelo teste de McNemar..... | 53 |
| Tabela 39. Médias de IP e IG de ambos os tipos de prótese e em ambos os tempos de análise..... | 54 |
| Tabela 40. Teste t-Student com os valores GOHAI entre T=0 meses e T=6 meses..... | 54 |
| Tabela 41. Teste t-Student com os valores GOHAI entre T=0 meses e T=6 meses..... | 55 |
| Tabela 42. Correlação de Spearman das dimensões do GOHAI em T=0 meses | 56 |
| Tabela 43. Correlação de Spearman das dimensões do GOHAI em T=6 meses | 56 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CDEM – Clínica Dentária Egas Moniz

CES - Cooperativa de Ensino Superior

CPI - Índice Periodontal Comunitário

EGOHID - Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Guidelines

EM - Egas Moniz

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index

IG - Índice Gengival

INE - Instituto Nacional de Estatística

IP - Índice de Placa Bacteriana

OHIP - Oral Health Impact Profile

OHRQOL - Oral Health-Related Quality of Life

OIDP - Oral Impacts on Daily Performances

OMS - Organização Mundial de Saúde

PI - Perda de inserção

RO - Reabilitação Oral

UE - União Europeia

I. INTRODUÇÃO

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Envelhecimento da população

O envelhecimento da população é uma das situações mais preocupantes do século XXI, pois tem um grande impacto, tanto, nas decisões políticas sociais e de sustentabilidade, bem como ao nível da adaptação individual necessária, devido ao aumento da longevidade e das modificações do estilo de vida (Carrilho & Craveiro, 2013; Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Com a natalidade e fecundidade a baixar contrariamente ao que acontece com a longevidade de vida que tem vindo a aumentar, observa-se um envelhecimento populacional em Portugal (Carrilho & Craveiro, 2013).

Com o envelhecimento da população torna-se importante estudar a qualidade de vida dos idosos, bem como as condições de saúde oral em relação à qualidade de vida. Os idosos constituem cerca de 19,9% da população, tornando Portugal o quarto país da UE com maior população idosa (superior a 65 anos) e com um índice de envelhecimento de 136,0 % (Carrilho & Craveiro, 2013; Catão, Xavier, & Pinto, 2011; Côte-Real, Figueiral, & Reis Campos, 2011).

O envelhecimento trás consigo diferentes mudanças, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais, que levam os idosos a enfrentar situações que não controlam, como o afastamento do mercado de trabalho, diminuição da saúde e perdas que os levam a procurar apoio quer na família, amigos e instituições. Estas instituições que têm vindo a ser cada vez mais procuradas pelos idosos, com o surgimento dos novos modelos familiares e conjugais (Cardos & Bujes, 2010; Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

1.2. Caracterização demográfica da população idosa em Portugal

O índice de Envelhecimento resulta da “Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos.” (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Em 2011, a proporção idosa da população portuguesa foi de 19% e o índice de envelhecimento 129, sendo possível concluir que a quantidade de população idosa é

superior à população jovem em Portugal. Sendo que, e reforçando a afirmação anterior, em 2013, o índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Instituto Nacional de Estatística, 2014)

Segundo, os dados recolhidos no censos 2011 (figura 1), é visível a evolução do índice de envelhecimento que ocorreu entre o ano de 2001 e o ano de 2011. É de realçar as assimetrias do índice de envelhecimento que existem entre o litoral e o interior do país e que estão intimamente associadas às diferenças entre as localidades rural/urbana (Carneiro et al., 2012; Instituto Nacional de Estatística, 2011; Lopes & Lemos, 2012).

Os dados apresentados mostram que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os índices de envelhecimento mais baixos de Portugal, com um valor de 74 e 91 respetivamente. Já as regiões do Alentejo e Centro apresentam os índices de envelhecimento mais elevados do País, com um valor de 179 e 164 respetivamente. Em 2001, 85 dos municípios apresentavam um índice de envelhecimento inferior ou igual a 100, passando, em 2011, para apenas 45 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Ao comparar os indicadores de envelhecimento entre 2001 e 2011 é possível afirmar que apenas 16 dos 308 municípios baixaram os valores, alastrando a todo o território o que era apenas um fenómeno da zona interior de Portugal. Sendo a Ribeira Grande o município com o menor índice de envelhecimento (na Região Autónoma dos Açores) com um valor de 37,3, enquanto Penamacor é o município com o índice mais elevado do País, com um valor de 599,5 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

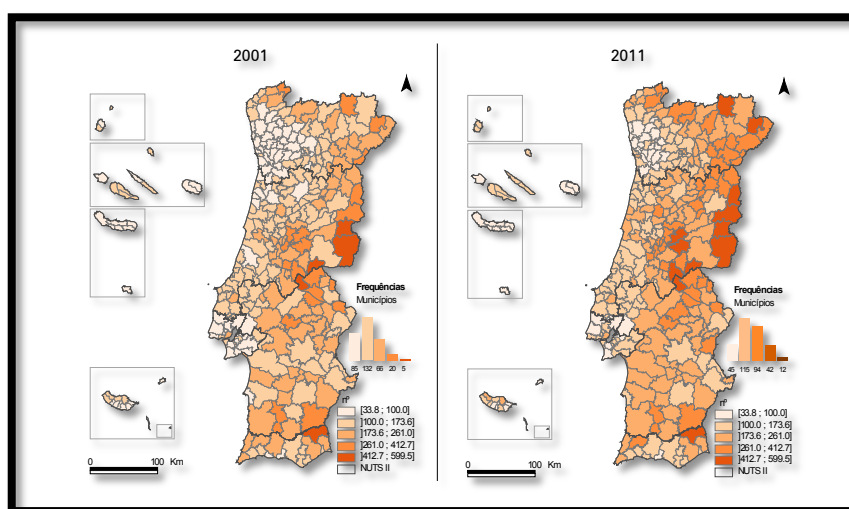


Figura 1. Cartograma do índice de envelhecimento (retirado de INE, 2011)

Em 2014, o INE realizou as projeções para a população portuguesa até 2060, que indicam a possibilidade de Portugal vir a perder população. Prevê-se que nos próximos

anos as alterações na estrutura etária se acentuem (gráfico 1), com um decréscimo da população jovem, com um aumento da população idosa levando ao envelhecimento da população portuguesa. Com uma taxa de crescimento efectivo, em 2013, de -0,57%, a população pode vir a passar de 10,5 para 8,6 milhões de residentes até 2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Instituto Nacional de Estatística, 2014).

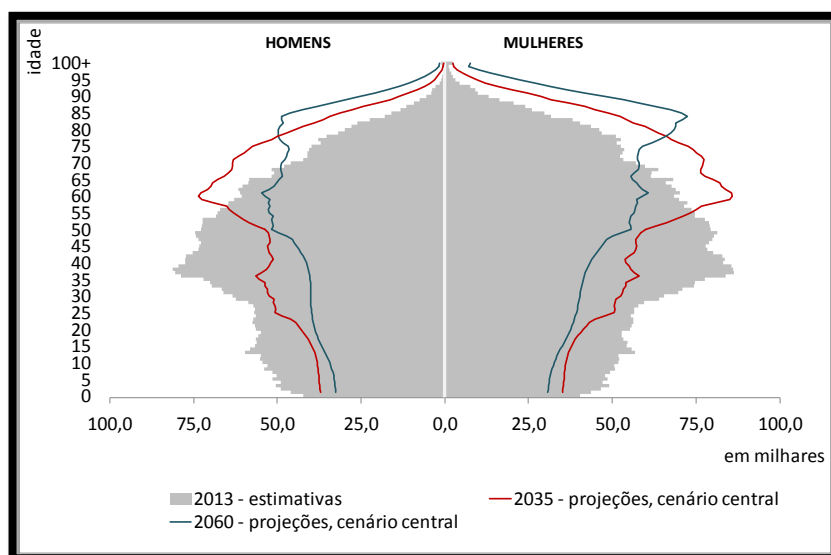


Gráfico 1. Pirâmide etária, Portugal, 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, *cenário central*) (retirado de UN, 2014)

As projeções até 2060, indicam que a população com mais de 65 anos vai aumentar, num *cenário alto* para 3 344 milhares, isto que representaria 36% da população portuguesa, num *cenário central* para 3 043 milhares, isto que representaria 35% da população e num *cenário baixo* para 2 729 milhares, o que representaria 43%.

Assim sendo, o índice de envelhecimento aumenta num *cenário alto* para 287 idosos por cada 100 jovens, num *cenário central* para 307 idosos por cada 100 jovens e num *cenário baixo* para 464 idosos por cada 100 jovens (gráfico 2). No entanto, a população idosa cresce mais no *cenário alto* por ser considerada uma esperança de vida mais elevada (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Instituto Nacional de Estatística, 2014).

De referir que mesmo com o pressuposto que os saldos migratórios recuperem para positivo, esta reuperação não é suficiente para travar o ritmo do envelhecimento demográfico apresentado nos *cenários central* e *alto*. Este ritmo só abrandará se o saldo migratório for positivo e o nível de fecundidade aumentar, mantendo a mesma esperança de vida que no *cenário alto* (Instituto Nacional de Estatística, 2011; Instituto Nacional de Estatística, 2014).

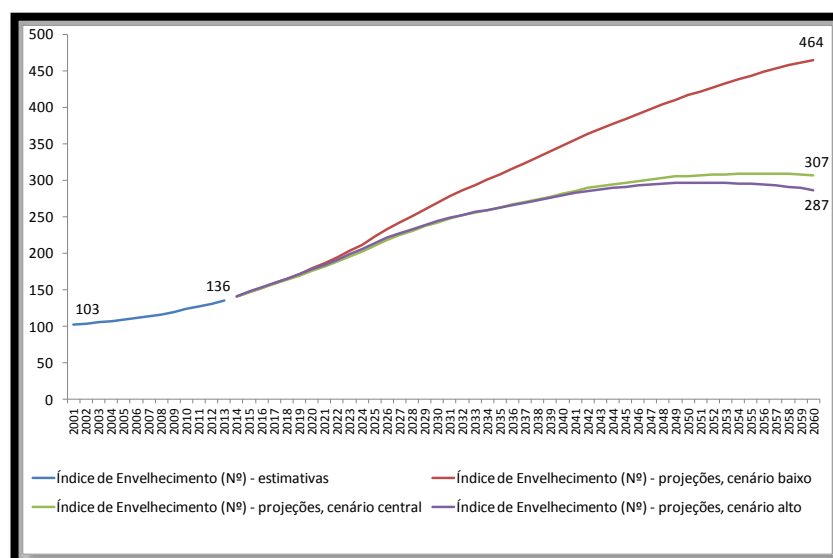


Gráfico 2. Índice de envelhecimento, Portugal, 2001-2060 (retirado de UN, 2014)

A esperança média de vida á nascença, no triénio 2011-2013, era de 80,00 anos, sendo que nas mulheres a esperança média de vida é de 82,79 anos e nos homens é ligeiramente mais baixo 76,91 anos. Estes valores mostram que nos últimos 10 anos a esperança média de vida aumentou cerca de 3 anos, aumentando 3,36 anos para os homens e 2,58 anos para as mulheres. A projeção para 2060, mantendo as tendências do *cenário central*, é de 84,21 anos para os homens e de 89,88 para as mulheres (Carneiro et al., 2012; Instituto Nacional de Estatística, 2011, Instituto Nacional de Estatística, 2014).

1.3. Interação entre saúde geral e saúde oral

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (Passos, Nunes, Silva, & Mestre, 2015; Scardina & Messina, 2012).

A associação entre a perda dentária e a escolha nutritiva condicionam negativamente a qualidade de vida, que pode comprometer a esperança de vida do idoso. Tal como a perda dentária, também a cárie dentária, doença periodontal, xerostomia e o cancro oral podem comprometer a deglutição, nutrição, peso e comunicação, que levam á baixa saúde geral e auto-estima do idoso (Ansai et al., 2010; Cardos & Bujes, 2010; Côrte-Real et al., 2011; Petersen, Kandelman, Arpin, & Ogawa, 2010).

Estando já comprovado que a saúde oral é crucial para a saúde em geral, é fundamental existir uma relação entre o médico dentista e o médico generalista, de modo a que os efeitos entre as doenças sistêmicas e doenças da cavidade oral sejam mínimas e não comprometam, nem a qualidade, nem a saúde de vida do idoso (Côrte-Real et al., 2011; Papaioannou, Oulis, & Yfantopoulos, 2015; Pedro et al., 2013; Petersen et al., 2010).

A utilização de próteses dentárias para substituição das peças dentárias ausentes, facilita a mastigação, deglutição, auto-estima e a saúde oral, o que leva à satisfação do idoso e ao aumento da sua qualidade de vida (Furtado, Forte, & Leite, 2011; Pedro et al., 2013; Yen et al., 2015).

1.4. Condições orais usuais no idoso

Os idosos pertencem a uma faixa etária que, por diversos motivos, têm acesso limitado aos cuidados de saúde oral, sendo considerado por esta razão uma faixa etária de risco. Os idosos institucionalizados são os mais afetados e são os que apresentam um estado de saúde oral pior, devido aos cuidados de higiene oral reduzidos, bem como à procura de cuidados junto de um médico dentista ser feita apenas em situações de urgência e não de manutenção (Silva, B. L. A., Bonini J. A. & Bringel, F. D. A. 2015; Côrte-Real et al., 2011; Esteves, Igarashi, Conceição, Celestino Júnior, & Athayde, 2005; Lelis et al., 2009; Silva et al., 2011; Vaccarezza, Fuga, & Ferreira, 2010).

Como consequência da saúde oral debilitada, as doenças orais mais frequentes nos idosos são a doença periodontal e a cárie dentária, que conjugadas formam a principal causa de perda dentária. A xerostomia e as lesões da mucosa oral são doenças encontradas nos idosos também com muita frequência (Silva, Bonini & Bringel, 2015; Côrte-Real et al., 2011; Lelis et al., 2009; Petersen et al., 2010; Scardina & Messina, 2012; Silva, Villaça, Magalhães, & Ferreira, 2010; Vaccarezza et al., 2010).

Apesar da evolução dos materiais, as próteses dentárias podem causar lesões nos tecidos da cavidade oral. Sendo que, as lesões mais frequentes associadas ao uso de próteses removíveis são: estomatite protética, hiperplasia fibrosa inflamatória, úlcera traumática, candidíase atrófica, queilite angular e alergia aos materiais utilizados nas próteses (Côrte-Real et al., 2011; Esteves et al., 2005; Lelis et al., 2009; Paraguassú, Pimentel, Santos, Gurgel, & Sarmiento, 2011; Pinho, Muniz, & Melo, 2013; Turker, Sener, Koçak, Yilmaz, & Özkan, 2010).

A estomatite protética é por várias vezes descrita como sendo uma das mais frequentes. Esta lesão aparece na mucosa oral sob a forma de um eritema com uma coloração avermelhada e pode causar dor ou ardor. Pode também estar associada a alergias relacionadas com o material da prótese (Castro, R. A. L., Portela, M. C. & Leão, A. T., 2007; Côrte-Real et al., 2011; Lelis et al., 2009; Pinho et al., 2013; Turker et al., 2010).

A hiperplasia fibrosa inflamatória trata-se de uma massa tumoral de tecido conjuntivo fibroso, que pode estar associado à falta de adaptação das margens da prótese (Batista, Batista, Pavan, Matheus, & Silva, 2013; Pinho et al., 2013).

A úlcera traumática pode apresentar uma superfície sangrante, esbranquiçada, eritematosa, com crosta, pode também apresentar um halo eritematoso na periferia. Dependendo da causa, localização e tempo podem fazer variar a forma e profundidade (Esteves et al., 2005; Pinho et al., 2013).

A candidíase é uma infeção oportunista provocada por um fungo muitas vezes presente na flora da cavidade oral, apresentando um aspeto membranoso branco, amarelado ou acinzentado, a superfície pode ser irregular e brilhante. Ao realizar a limpeza da lesão por vezes pode-se encontrar úlceras sangrantes, sendo este tipo classificado como cândida atrófica. Existem várias manifestações clínicas, sendo a pseudomembranosa, a eritematosa crónica hiperplásica e a queilite angular as 4 manifestações básicas (Siqueira, J. S. S., Batista, S. A., Ferreira, M. F., Agostini, M. & Torres, S. R. 2014; Pinho et al., 2013).

A queilite angular é uma inflamação apresentada sob a forma de edema, eritema, descamação, erosão e fissuras nos ângulos da boca, que pode estar associado a diferentes fatores como agentes infecciosos, hipersalivação ou fatores mecânicos como o uso de próteses mal adaptadas (Siqueira, J. S. S. et al., 2014; Freitas, Silva, Beneti, & Bernardes, 2013; Pinho et al., 2013).

1.5. Auto-percepção e auto-avaliação das condições de saúde oral

A auto-percepção do indivíduo acerca da sua própria saúde oral é utilizada como um indicador que está associado ao real estado de saúde do mesmo, pois a percepção que o indivíduo tem de si próprio influencia diretamente o seu comportamento em relação à saúde. (Haikal, Paula, Martins, Moreira, & Ferreira, 2011; Miranda, Silveira, Miranda, & Bonan, 2011; Pedro et al., 2013)

Assim sendo, é importante estudar a auto-percepção do indivíduo em relação à saúde oral, mesmo que por vezes a percepção que o indivíduo tem de si próprio não corresponda à realidade. (Haikal et al., 2011; Miranda et al., 2011; Moura, Frota, Aguiar, Furtado, & Almeida, 2012; Papaioannou et al., 2015; Pedro et al., 2013)

1.6. Indicadores sócio-dentários

A qualidade de vida é cada vez mais uma preocupação atual e está cada vez mais associada ao grau de satisfação individual, conforto e bem-estar.

Com o aumento do envelhecimento da população, surge a necessidade de assegurar a qualidade de vida dos idosos. Como as alterações orais podem comprometer a qualidade de vida e bem-estar, estas eram avaliadas exclusivamente através da análise das reais condições orais. Com o aumento da preocupação com a qualidade de vida percebeu-se que estas avaliações não respondiam a várias questões, como qual o efeito que as más condições orais têm sobre a qualidade de vida ou como qual a percepção que o idoso tem da sua própria condição oral (Carvalho, Manso, Escoval, Salvado, & Nunes, 2013; Haikal et al., 2011; Miranda et al., 2011; Moura et al., 2012; Pedro et al., 2013)

Desta forma, foram elaborados sistemas que ao serem aplicados como questionário avaliam a autopercepção da saúde oral e assim, respondem as questões que antes não tinham forma de ser avaliadas. Sistemas estes, como o OHIP-49, ou a sua versão mais curta OHIP-14 (oral health impact profile), o OIDP (oral impacts on daily performances) e como o GOHAI (geriatric oral health assessment index) que foi o sistema utilizado neste estudo, que permitem avaliar o impacto da condição oral sobre a qualidade de vida (Allen, 2003; Almeida et al., 2007; Carvalho et al., 2013; Gomes & Abegg, 2007; Haikal et al., 2011; Miranda et al., 2011; Moura et al., 2012; Yen et al., 2015).

São assim avaliadas medidas como dor, desconforto, necessidade de medicação, função física como padrão de mastigação e deglutição, restrições alimentares, problemas de fala, função psicossocial como satisfação estética, preocupação com a saúde oral e a percepção da mesma, comunicação, atividades diárias, situação psicológica e relações afetivas do indivíduo (Bianco, Lopes, Borgato, & Marta, 2010; Carvalho et al., 2013; Moura et al., 2012).

1.6.1. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

O GOHAI foi o sistema escolhido neste estudo, por ter sido desenvolvido especificamente para a faixa etária em questão, a população idosa. Este sistema que tem sido amplamente utilizado em diversos países como Portugal, Espanha, França, Suécia, Alemanha, China e Brasil, entre outros (Allen, 2003; Almeida et al., 2007; Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2013; Hagglin, Berggren, & Lundgren, 2005; Tubert-Jeannin, Riordan, Morel-Papernot, Porcheray, & Saby-Collet, 2003; Wong, Liu, & Lo, 2002).

Este questionário que permite avaliar a percepção que o idoso tem da sua própria condição oral. O questionário GOHAI é constituído por 12 perguntas, que à semelhança dos diversos sistemas referidos anteriormente, avaliam o estado da saúde oral em 3 dimensões: física, psicossocial e dor ou desconforto (Atchison & Dolan, 1990; Bianco et al., 2010; Carvalho et al., 2013; Haikal et al., 2011).

Na dimensão física são analisados problemas de mastigação, deglutição e fala, na dimensão psicossocial é analisado satisfação com a estética, preocupação e autopercepção com a saúde oral e contacto social e a dimensão da dor ou desconforto é avaliada pelo uso de medicação devido a problemas orais (Carvalho et al., 2013).

2. OBJETIVOS

- Caracterizar a amostra sócio-demograficamente;
- Quantificar a auto-percepção dos utilizadores de prótese removível antes e após a colocação de prótese removível acrílica e cromo-cobalto;
- Identificar os principais factores sociodemográficos associados à variável auto-percepção;
- Quantificar a prevalência de lesões da cavidade oral, antes e após a colocação de prótese removível acrílica e cromo-cobalto;
- Identificar os domínios da auto-percepção que se associam ao uso de prótese removível.

3. HIPÓTESES

- A dificuldade na mastigação e na alimentação não interferem na qualidade da saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem), nos indivíduos portadores de prótese removível;
- A dor existente na cavidade oral não interfere na qualidade da saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem), nos indivíduos portadores de prótese removível.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo de investigação foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz e posteriormente aprovado pela mesma (em anexo). Teve também a autorização do local onde o estudo foi realizado, a Clínica Dentária Universitária Egas Moniz da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz.

Todos os doentes que participaram neste estudo fizeram-no de forma estritamente voluntária, assinando um termo de consentimento informado, ficando dessa forma totalmente informados e esclarecidos quanto à possibilidade de abandonarem o estudo em qualquer fase e quanto à total confidencialidade dos dados recolhidos, que apenas serão utilizados única e exclusivamente com o intuito de desenvolver uma análise estatística que permita atingir os objectivos definidos para este estudo e que identifique os benefícios do mesmo para o meio científico.

2. TIPO DE ESTUDO

Esta investigação teve como base um modelo de estudo longitudinal (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009), tendo-se observado, analisado e registado a prevalência do uso de prótese removível e a sua associação com a qualidade de vida em relação à saúde oral de um grupo de indivíduos ao longo do tempo.

Segundo Carr e colaboradores (2012), um doente que utilize prótese removível, deverá realizar consultas de rotina, de 6 em 6 meses, para que sejam realizados ajustes, caso seja necessário, resultado das alterações do suporte a nível dentário ou gengival. Neste sentido, optou-se por realizar uma primeira observação e análise na consulta de história clínica de Reabilitação Oral da Clínica Dentária EM da CES Egas Moniz e uma segunda observação e análise ao fim de 6 meses no mesmo local, a fim de tentar identificar possíveis alterações e variáveis que afectem direta e/ou indiretamente a qualidade de vida do doente.

3. LOCAL DO ESTUDO

O estudo da auto-percepção da saúde oral desenvolvido através do questionário GOHAI e o estudo clínico através da prevalência de lesões da cavidade oral decorreu nas instalações da CDEM da CES Egas Moniz.

4. AMOSTRA

4.1. Seleção da Amostra

Este estudo de investigação foi realizado a uma amostra de coorte prospetivo de 30 doentes da CDEM da CES Egas Moniz (Saunders et al., 2009).

A amostra foi assim selecionada entre os doentes que compareceram á consulta de história clínica de RO, com idade superior ou igual a 65 anos, nos quais foi identificada a necessidade normativa de uso de prótese e colocada prótese removível acrílica ou em cromo-cobalto.

A recolha dos dados foi realizada num local sigiloso e os dados foram utilizados apenas neste estudo onde os doentes que se disponibilizaram a participar assinaram o termo de consentimento informado.

Por último a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo A, de 16 indivíduos, a quem foi colocada prótese removível acrílica, e o grupo B, de 14 indivíduos, a quem foi colocada prótese removível em cromo-cobalto (ou esquelética).

4.2. Critérios de Inclusão

Aplicaram-se critérios de inclusão como:

- 1) doentes da CDEM;
- 2) doentes que assinassem o termo de consentimento informado;
- 3) doentes com idade igual ou superior a 65 anos;
- 4) doentes com necessidade normativa de uso de prótese;
- 5) doentes que adquiriram prótese removível acrílica ou em cromo-cobalto.

4.3. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão incluíram:

- 1) não realizar a segunda análise ao fim de 6 meses;

5. VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis que se seguem foram avaliadas em ambos os grupos.

- 1- Problemas de saúde oral relacionadas com 3 dimensões, física, psicossocial e dor ou desconforto; (Avaliadas através do questionário GOHAI que é constituído por 12 perguntas)
- 2- Género;
- 3- Idade;
- 4- Estado civil;
- 5- Nível de escolaridade;
- 6- Rendimento Familiar;
- 7- Capacidade de autonomia de vida;
- 8- Localidade de residência;
- 9- Última consulta de medicina dentária;
- 10- Utilizador de prótese;
- 11- Tipo de prótese que vai realizar;
- 12- Ser ou não fumador;
- 13- Consumo de bebidas alcoólicas;
- 14- Presença de doenças vasculares;
- 15- Presença de terapêutica vascular;
- 16- Presença de lesão da mucosa oral e o tipo de lesão;
- 17- Índice Periodontal Comunitário e Perda de inserção;
- 18- Índice de Placa Bacteriana;
- 19- Índice Gengival.

6. QUESTIONÁRIO

O questionário aplicado é constituído por perguntas de resposta fechada e contempla três partes distintas. A primeira parte construída com base nas perguntas do questionário GOHAI (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2013), uma segunda parte referente às questões sociodemográficas e uma terceira que procura recolher os dados clínicos e o registo clínico do doente. Posteriormente os resultados do questionário GOHAI foram avaliados em auto-perceção baixa (valores inferiores a 30), moderada (valores entre 30-33) e alta (valores superiores a 33) (Atchison & Dolan, 1990; Carvalho et al., 2013; Costa, Saintrain, & Vieira, 2010). A segunda e terceira

parte, foram construídas com base nos parâmetros descritos no EGOHID II (Bourgeois et al., 2008).

O questionário foi colocado uma primeira vez em meados de Março e uma segunda 6 meses após essa data.

6.1. Questionário – Parte 1

A primeira parte é formada pela totalidade de perguntas (12 perguntas) contempladas no questionário GOHAI:

- 1- Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?
- 2- Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?
- 3- Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?
- 4- Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?
- 5- Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?
- 6- Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?
- 7- Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?
- 8- Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?
- 9- Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?
- 10- Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas da sua boca?
- 11- Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?
- 12- Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

6.2. Questionário – Parte 2

A segunda parte é formada por 7 perguntas que visam recolher os dados sociodemográficos da população alvo de estudo: género; idade/data de nascimento; estado civil; nível de escolaridade; rendimento familiar; capacidade de autonomia de vida e localidade de residência.

6.3. Questionário – Parte 3

A terceira parte está dividida em dois subgrupos. O primeiro é formado por 7 perguntas referentes aos dados clínicos do doente: última consulta de medicina dentária; se é utilizador de prótese; o tipo de prótese que vai realizar; se é fumador; a frequência de consumo de bebidas alcoólicas; presença de doenças vasculares e presença de terapêutica vascular.

O segundo é formado por 4 perguntas referentes aos dados de registo clínico, de acordo com o analisado em cada um dos doentes: Lesão da mucosa oral e o tipo; índice periodontal comunitário (CPI) e perda de inserção (PI); índice de placa bacteriana (IP) e índice gengival (IG). Para garantir a fiabilidade dos resultados este último subgrupo referente ao registo clínico foi realizado sempre pelo mesmo examinador.

6.3.1. Determinação de Lesão da mucosa oral

O protocolo de avaliação de lesões da cavidade oral seguido, teve como base as normativas encontradas no EGOHID (2008). Desta forma, a retração dos tecidos foi feita com a ajuda do espelho e sonda encontrados no kit básico de observação disponibilizado pela Clínica Dentária EM (kit básico de observação que é formado por espelho, sonda e pinça).

A observação da mucosa oral e dos tecidos moles que envolvem a boca foi realizada em todos os doentes que participaram neste estudo e foi feita de maneira rigorosa e sistemática seguindo a sequência apresentada:

- a) Mucosa labial e sulcos labiais (superior e inferior)
- b) Parte labial das comissuras e mucosa bucal
- c) Língua (superfície dorsal, margens e superfície ventral)
- d) Pavimento da boca
- e) Palato duro e mole
- f) Rebordos alveolares e gengiva (superior e inferior)

Após esta observação e no caso de ser identificada alguma lesão, foi codificada segundo os códigos e a tipologia dos seguintes critérios:

Critérios:

- 1 – Tumor maligno (cancro oral)
- 2 – Leucoplasia
- 3 – Línquen Plano
- 4 – Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 – Eritroplasia
- 6 – Outro ou sem certeza

(EGOHID, 2008)

Para facilitar a determinação do código, utilizou-se a tabela de exemplos de lesões apresentada no EGOHID (2008). Sendo que, as lesões identificadas nos doentes analisados neste estudo, foram comparadas com as lesões da tabela anteriormente mencionada (a tabela encontra-se no anexo 4).

6.3.2. Determinação de Índice Periodontal Comunitário (CPI) e Perda de Inserção (PI)

Com o intuito de determinar a saúde periodontal foram realizadas duas medições, uma através do índice periodontal comunitário (CPI) e outra que procurou medir a perda de inserção (PI), estas medições foram registadas numa tabela como a apresentada pela figura 3.

Estas medições nem sempre podem ser aplicadas, pois dependem das peças dentárias existentes, isto é, em caso de ausências dentárias não são possíveis de determinar.

Inicialmente podemos começar por determinar que sextantes são excluídos devido às ausências dentárias. Sendo que, os sextantes correspondem aos intervalos de dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e de 44-48. Marcando em seguida com um “X” na caixa de CPI referente aos sextantes com menos de 2 dentes presentes (sendo que, o terceiro molar apenas será analisado se estiver a realizar a função de outro molar). Neste caso os sextantes serão excluídos das medições de CPI e de PI.

Nos sextantes a analisar utilizou-se os dentes índice, 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47, por se tratar de doentes com mais de 65 anos. No caso de não existir dentes índice, todos os dentes do sextante são avaliados e a pontuação mais alta encontrada deve ser colocada na caixa de CPI.

Ambas as medições de CPI e de PI devem ser realizadas imediatamente uma a seguir à outra e de sextante em sextante. Medições estas que são realizadas através do uso de uma sonda periodontal comunitária graduada, de modo a facilitar a determinação da profundidade de sondagem das bolsas e da PI.

Para determinar o CPI foram utilizados os seguintes critérios:

Crítérios:

- 0 - Saúde gengival
- 1 - Hemorragia gengival
- 2 - Presença de cálculo
- 3 - Bolsa (4- 5mm)
- 4 - Bolsa (6 mm ou mais)
- 9 - Impossível de determinar
- X - Sextante excluído

(EGOHID, 2008)

A PI é definida através do grau de migração apical dos tecidos de inserção periodontal em relação à junção amelo-cimentária. Com a ajuda da sonda periodontal comunitária graduada, esta pode ser medida desde a ponta da sonda (funda da bolsa) até à margem dos tecidos moles (como na figura 2).

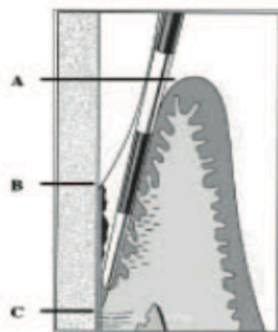


Figura 2. Figura representativa da medição da perda de inserção, onde o ponto A representa a margem dos tecidos moles; o ponto B a junção amelo-cimentária e o ponto C o fundo da bolsa, para onde migraram os tecidos de inserção periodontal (retirado de U. L. I & Union, 2008)

Este índice possibilita determinar a cooperação do paciente, mas isolado não indica a saúde periodontal ou mesmo a progressão da doença . Pelo que, foi necessário recorrer à utilização do IG, este que é o índice mais fidedigno, no momento, de avaliar o sucesso do controle da inflamação (Bourgeois et al., 2008; Newman, Takei, Klokkevold, & Carranza, 2012).

6.3.4. Determinação de Índice Gengival (IG)

O índice gengival foi determinado através da avaliação da presença, ou não, de hemorragia gengival. Onde cada dente está dividido em 4 faces (faces vestibular, lingual/palatina, mesial e distal) que são analisadas separadamente. Tendo os resultados, uma vez mais, sido registados na tabela apresentada na figura 4 (Bourgeois et al., 2008).

Esta análise é realizada com o auxílio da sonda periodontal comunitária, fazendo-a deslizar suavemente pela margem gengival, tendo-se esperado cerca de 10 segundos para verificar se existia hemorragia.

Foi somado o número de localizações com hemorragia, sendo este valor posteriormente dividido pelo número total de localizações e por fim multiplicado por 100, de forma a determinar a percentagem do índice gengival de cada indivíduo (Silva, Bonini & Bringel, 2015; Bourgeois et al., 2008).

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 |
| 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 |

Figura 4. Tabela de registo dos índices IP e IG

7. BASE DE DADOS PARA REGISTO

Para registro e compilação dos dados recolhidos neste estudo de investigação foi utilizado o programa Microsoft Excel e posteriormente foi feita a conversão para o software SPSS® que permitiu realizar a análise estatística.

8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tratados do ponto de vista quantitativo e submetidos a uma análise descritiva recorrendo ao software de análise estatística IBM SPSS Statistics versão 20. Na interpretação dos resultados foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa: medidas de tendência central, como a média; medidas de dispersão, como o desvio-padrão e medidas de estatística descritiva, como o valor máximo e mínimo. Foi utilizado o teste de McNemar, teste de comparação de contagens e proporções, para comparar a presença de lesões da cavidade oral entre os dois tempos de análise. Recorreu-se também ao teste t-Student para amostras emparelhadas, com o intuito de comparar os resultados obtidos no questionário GOHAI nos dois tempos de análise e ao teste não paramétrico de Wilcoxon procurando comparar as medidas de tendência central entre os valores de IP e IG em ambos os tempos de análise. Por último utilizou-se o teste de correlação de Spearman para relacionar as dimensões do questionário GOHAI.

Todos os testes foram avaliados para um nível de significância de 0,05 (Marôco, 2014).

III. RESULTADOS

1. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

1.1. Idade

Nos 30 indivíduos que participaram neste estudo verificou-se que a idade mais expressiva no decorrer do estudo foi 67 anos (16,7%, n=5), a idade máxima registada foi de 87 anos (3,3%, n=1) e a idade mínima registada foi de 65 anos em 2 indivíduos (6,7%). A idade média foi de 72,23 anos (tabela 1).

Tabela 1. Idade

| Tabela 1. Idade | | | | | | |
|-----------------|------------|-------------|--------|--------|-------|---------------|
| IDADE | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
| 65 | 2 | 6,7% | 65 | 87 | 72,23 | 5,864 |
| 66 | 3 | 10,0% | | | | |
| 67 | 5 | 16,7% | | | | |
| 68 | 1 | 3,3% | | | | |
| 70 | 2 | 6,7% | | | | |
| 72 | 4 | 13,3% | | | | |
| 73 | 3 | 10% | | | | |
| 74 | 1 | 3,3% | | | | |
| 75 | 3 | 10% | | | | |
| 78 | 1 | 3,3% | | | | |
| 80 | 2 | 6,7% | | | | |
| 82 | 1 | 3,3% | | | | |
| 83 | 1 | 3,3% | | | | |
| 87 | 1 | 3,3% | | | | |
| Total | 30 | 100% | | | | |

1.2. Género

Dos 30 indivíduos que se voluntariaram para participar neste estudo verificou-se que metade (50%) dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino e a outra metade (50%) ao sexo feminino (tabela 2).

Tabela 2. Género

| GÉNERO | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------|------------|-------------|
| Feminino | 15 | 50% |
| Masculino | 15 | 50% |
| Total | 30 | 100% |

1.3. Estado civil

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 23 (76,6%) são casados, 3 indivíduos (10%) são divorciados e 4 indivíduos (13,3%) são viúvos (tabela 3).

Tabela 3. Estado civil

| ESTADO CÍVIL | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|------------------------------|------------|-------------|
| Casado/união de facto | 23 | 76,7% |
| Divorciado/separado de facto | 3 | 10% |
| Viúvo | 4 | 13,3% |
| Total | 30 | 100% |

1.4. Nível de escolaridade

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 2 (6,7%) não sabem ler nem escrever, 2 indivíduos (6,7%) sabem ler e escrever, 20 indivíduos (66,7%) que corresponde a mais de metade dos indivíduos frequentaram a escola até ao 4ºano, 1 dos indivíduos (3,3%) frequentou a escola até ao 7ºano, 2 indivíduos (6,7%) frequentaram a escola até ao 9ºano, 2 indivíduos (6,7%) frequentaram a escola até ao 12ºano e 1 dos indivíduos (3,3%) acabou o ensino superior (tabela 4). Esta análise mostra que a maioria dos indivíduos avaliados neste estudo, apresenta baixos níveis de escolaridade.

Tabela 4. Nível de escolaridade

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---------------------------|------------|-------------|
| Não Sabe ler nem escrever | 2 | 6,7% |
| Sabe ler e escrever | 2 | 6,7% |
| Até ao 4ºano | 20 | 66,7% |
| Até ao 7ºano | 1 | 3,3% |
| Até ao 9ºano | 2 | 6,7% |
| Até ao 12ºano | 2 | 6,7% |
| Curso Superior | 1 | 3,3% |
| Total | 30 | 100% |

1.5. Rendimento familiar

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 7 (23,3%) tem um rendimento mensal do agregado inferior a 1 salário mínimo, 15 indivíduos (50%) que corresponde a metade dos indivíduos tem entre 1 a 2 salários mínimos como rendimento do agregado, 6 indivíduos (20%) tem entre 2 a 4 salários mínimos e 2 dos indivíduos (6,7%) tem um rendimento do agregado superior a 4 salários mínimos (tabela 5).

Tabela 5. Rendimento familiar

| RENDIMENTO FAMILIAR | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Inferior a 1 salário mínimo | 7 | 23,3% |
| Entre 1 a 2 salários mínimos | 15 | 50% |
| Entre 2 a 4 salários mínimos | 6 | 20% |
| Superior a 4 salários mínimos | 2 | 6,7% |
| Total | 30 | 100% |

1.6. Capacidade de autonomia de vida

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 26 dos indivíduos (86,7%) que corresponde a maioria dos indivíduos, são totalmente independentes, 3 dos indivíduos (10%) são parcialmente independentes e 1 dos indivíduos (3,3%) é totalmente dependente (tabela 6).

Tabela 6. Capacidade de autonomia de vida

| CAPACIDADE DE AUTONOMIA DE VIDA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Totalmente independente | 26 | 86,7% |
| Parcialmente independente | 3 | 10% |
| Totalmente dependente | 1 | 3,3% |
| Total | 30 | 100% |

1.7. Localidade de residência

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 7 dos indivíduos (23,3%), vivem em áreas metropolitanas, 18 dos indivíduos (60%) que corresponde a mais de metade dos indivíduos vivem em áreas urbanas e 5 dos indivíduos (16,7%) vivem em áreas rurais (tabela 7).

Tabela 7. Localidade de residência

| LOCALIDADE DE RESIDÊNCIA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------|------------|-------------|
| Metropolitana | 7 | 23,3% |
| Urbana | 18 | 60% |
| Rural | 5 | 16,7% |
| Total | 30 | 100% |

1.8. Última consulta de medicina dentária

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 18 dos indivíduos (60%) que corresponde a mais de metade dos indivíduos tinha ido a uma consulta de Medicina Dentária no último ano e 12 dos indivíduos (40%) não ia ao médico dentista à mais de 1 ano (tabela 8).

Tabela 8. Última consulta de medicina dentária

| ÚLTIMA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------------------|------------|-------------|
| Menos de 1 ano | 18 | 60% |
| Mais de 1 ano | 12 | 40% |
| Total | 30 | 100% |

1.9. Portador de prótese dentária

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo, mais de metade, 18 dos indivíduos (60%) já era portador de prótese dentária antes do início deste estudo e 12 dos indivíduos (40%) ainda não era portador de prótese dentária (tabela 9).

Tabela 9. Portador de prótese dentária

| PORTADOR DE PRÓTESE DENTÁRIA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|------------------------------|------------|-------------|
| Sim | 18 | 60% |
| Não | 12 | 40% |
| Total | 30 | 100% |

1.10. Tipo de prótese que vai adquirir

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 16 dos indivíduos (53,3%) adquiriu prótese dentária removível acrílica no início deste estudo e 14 dos indivíduos (46,7%) adquiriu prótese dentária removível em cromo-cobalto ou esquelética (tabela 10).

Tabela 10. Tipo de prótese que vai adquirir

| TIPO DE PRÓTESE | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|-----------------|------------|-------------|
| Acrílica | 16 | 53,3% |
| Esquelética | 14 | 46,7% |
| Total | 30 | 100% |

1.11. Fumador

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo apenas 4 dos indivíduos (13,3%) são fumadores e 26 dos indivíduos (86,7%) que corresponde á maioria não são fumadores (tabela 11).

Tabela 11. Fumador

| FUMADOR | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------|------------|-------------|
| Sim | 4 | 13,3% |
| Não | 26 | 86,7% |
| Total | 30 | 100% |

1.12. Consumo de álcool

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 7 (23,3%) consome bebidas alcoólicas diariamente, 7 dos indivíduos (23,3%) apenas consome bebidas alcoólicas ocasionalmente e 16 dos indivíduos (53,3%) refere que nunca ingere bebidas alcoólicas (tabela 12).

Tabela 12. Consumo de álcool

| CONSUMO DE ÁLCOOL | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|-------------------|------------|-------------|
| Diário | 7 | 23,3% |
| Ocasional | 7 | 23,3% |
| Nunca | 16 | 53,3% |
| Total | 30 | 100% |

1.13. Presença de doenças vasculares

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 20 dos indivíduos (66,7%) refere apresentar doenças vasculares e apenas 10 dos indivíduos (33,3%) refere não ter doenças vasculares (tabela 13).

Tabela 13. Presença de doenças vasculares

| PRESENÇA DE DOENÇAS VASCULARES | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Sim | 20 | 66,7% |
| Não | 10 | 33,3% |
| Total | 30 | 100% |

1.14. Presença de terapêutica vascular

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo 19 dos indivíduos (63,3%) realiza terapêutica vascular e 11 dos indivíduos (36,7%) refere não realizar terapêutica vascular, sendo que 1 destes indivíduos refere apresentar doenças vasculares apesar de não realizar terapêutica (tabela 14).

Tabela 14. Presença de terapêutica vascular

| PRESENÇA DE TERAPÊUTICA VASCULARES | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Sim | 19 | 63,3% |
| Não | 11 | 36,7% |
| Total | 30 | 100% |

2. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS

2.1. Presença de lesões na cavidade oral

2.1.1. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica

Dos 16 indivíduos que adquiriram prótese acrílica, na primeira recolha de dados (em T=0 meses), em 3 dos indivíduos (18,8%) identificou-se a presença de uma lesão ulcerativa, em 2 dos indivíduos (12,5%) identificou-se outro tipo de lesão ou sem certeza e em 11 dos indivíduos (68,8%) não foram identificadas lesões (tabela 15).

Enquanto na segunda recolha de dados (em T=6 meses), identificou-se uma

lesão ulcerativa em 5 dos indivíduos (31,3%) e em 11 dos indivíduos (68,8%) não foram identificadas lesões (tabela 16).

Tabela 15. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica (T=0 meses)

| PRESENÇA DE LESÕES (T=0 MESES) | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Úlcera | 3 | 18,8% |
| Outro ou sem certeza | 2 | 12,5% |
| Não | 11 | 68,8% |
| Total | 16 | 100% |

Tabela 16. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica (T=6 meses)

| PRESENÇA DE LESÕES (T=6 MESES) | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Úlcera | 5 | 31,3% |
| Não | 11 | 68,8% |
| Total | 16 | 100% |

2.1.2. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética

Dos 14 indivíduos que adquiriram prótese esquelética, na primeira recolha de dados (em T=0 meses), em 4 dos indivíduos (28,6%) identificou-se a presença de uma lesão ulcerativa e em 10 dos indivíduos (71,4%) não se identificou a presença de lesões (tabela 17).

Enquanto na segunda recolha de dados (em T=6 meses), identificou-se uma lesão ulcerativa em 5 dos indivíduos (35,7%), em 1 dos indivíduos (7,1%) identificou-se outro tipo de lesão ou sem certeza e em 8 dos indivíduos (57,1%) não foram identificadas lesões (tabela 18).

Tabela 17. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética (T=0 meses)

| PRESENÇA DE LESÕES (T=0 MESES) | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Úlcera | 4 | 28,6% |
| Não | 10 | 71,4% |
| Total | 14 | 100% |

Tabela 18. Presença de lesões na cavidade oral nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética (T=6 meses)

| PRESENÇA DE LESÕES (T=6 MESES) | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Úlcera | 5 | 35,7% |
| Outro ou sem certeza | 1 | 7,1% |
| Não | 8 | 57,1% |
| Total | 14 | 100% |

2.2. CPI

2.2.1. CPI em T=0 meses

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo, na primeira recolha de dados (em T=0 meses), no CPI do 1º sextante apenas 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou a codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 3 dos indivíduos (10%) apresentaram cálculo supra ou subgingival e a maioria (86,70%) apresentou o 1º sextante excluído (tabela 19).

Na análise do 2º sextante 5 dos indivíduos (16,70%) apresentaram codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou hemorragia suave à sondagem, 6 dos indivíduos (20%) apresentaram cálculo supra ou subgingival, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou bolsa de 4 a 5 mm, a maioria (53,30%) apresentaram o sextante excluído e 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou bolsa igual ou superior a 6 mm (tabela 20).

Na análise do 3º sextante 1 dos indivíduos (3,30%) apresentaram hemorragia suave à sondagem, 4 dos indivíduos (13,30%) apresentaram cálculo supra ou subgingival e a maioria (83,30%) apresentaram o sextante excluído (tabela 21).

Na análise do 4º sextante, 3 dos indivíduos (10%) apresentaram cálculo supra ou subgingival e a maioria (90%) apresentaram o sextante excluído (tabela 22).

Na análise do 5º sextante 4 dos indivíduos (13,30%) apresentaram codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 5 dos indivíduos (16,70%) apresentou hemorragia suave à sondagem, 7 dos indivíduos (23,30%) apresentaram cálculo supra ou subgingival, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou bolsa igual ou superior a 6 mm e a maior percentagem (43,30%) apresentaram o sextante excluído (tabela 23).

Na análise do 6º sextante 3 dos indivíduos (10%) apresentaram hemorragia suave à sondagem, 2 dos indivíduos (6,70%) apresentaram cálculo supra ou subgingival e a maioria (83,30%) apresentaram o sextante excluído (tabela 24).

Tabela 19. CPI do 1ºSextante

| CPI (T=0 MESES) | 1º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 1 | 3,30% |
| Cálculo supra ou subgengival | 3 | 10% |
| Sextante excluído | 26 | 86,70% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 20. CPI do 2ºSextante

| CPI (T=0 MESES) | 2º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 5 | 16,70% |
| Hemorragia à sondagem suave | 1 | 3,30% |
| Cálculo supra ou subgengival | 6 | 20% |
| Bolsa de 4 a 5 mm | 1 | 3,30% |
| Bolsa igual ou superior a 6 mm | 1 | 3,30% |
| Sextante excluído | 16 | 53,30% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 21. CPI do 3ºSextante

| CPI (T=0 MESES) | 3º SEXTANTE | |
|------------------------------|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Hemorragia à sondagem suave | 1 | 3,30% |
| Cálculo supra ou subgengival | 4 | 13,30% |
| Sextante excluído | 25 | 83,30% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 22. CPI do 4ºSextante

| CPI (T=0 MESES) | 4º SEXTANTE | |
|------------------------------|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Cálculo supra ou subgengival | 3 | 10% |
| Sextante excluído | 27 | 90% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 23. CPI do 5ºSextante

| CPI (T=0 MESES) | 5º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 4 | 13,30% |
| Hemorragia à sondagem suave | 5 | 16,70% |
| Cálculo supra ou subgengival | 7 | 23,30% |
| Bolsa igual ou superior a 6 mm | 1 | 3,30% |
| Sextante excluído | 13 | 43,30% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 24. CPI do 6ºSextante

| CPI (T=0 MESES) | 6º SEXTANTE | |
|------------------------------|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Hemorragia à sondagem suave | 3 | 10% |
| Cálculo supra ou subgengival | 2 | 6,70% |
| Sextante excluído | 25 | 83,30% |
| Total | 30 | 100% |

2.2.2. CPI em T=6 meses

Dos 30 indivíduos que participaram neste estudo, na segunda recolha de dados (em T=6 meses), no CPI do 1º sextante apenas 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou a codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou hemorragia suave à sondagem, 2 dos indivíduos (6,70%) apresentaram cálculo supra ou subgingival e a maioria (86,70%) apresentou o 1º sextante excluído (tabela 25).

Na análise do 2º sextante 5 dos indivíduos (16,70%) apresentaram codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 5 dos indivíduos (16,70%) apresentaram hemorragia suave à sondagem, 3 dos indivíduos (10%) apresentaram cálculo supra ou subgingival, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou bolsa de 4 a 5 mm e a maioria (53,30%) apresentaram o sextante excluído (tabela 26).

Na análise do 3º sextante 3 dos indivíduos (10%) apresentaram hemorragia suave à sondagem, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou cálculo supra ou subgingival e a maioria (86,70%) apresentaram o sextante excluído (tabela 27).

Na análise do 4º sextante, 2 dos indivíduos (6,70%) apresentaram codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 1 dos indivíduos (3,30%) apresentou cálculo supra ou subgingival e a maioria (90%) apresentaram o sextante excluído (tabela 28).

Na análise do 5º sextante, 5 dos indivíduos (16,70%) apresentaram codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 4 dos indivíduos (13,30%) apresentou hemorragia suave à sondagem, 8 dos indivíduos (26,70%) apresentaram cálculo supra ou subgingival, e a maior percentagem (43,30%) apresentaram o sextante excluído (tabela 29).

Na análise do 6º sextante, 3 dos indivíduos (10%) apresentaram codificação para saudável ou ausência de sinais patológicos, 2 dos indivíduos (6,70%) apresentaram cálculo supra ou subgingival e a maioria (83,30%) apresentaram o sextante excluído (tabela 30).

Tabela 25. CPI do 1ºSextante

| CPI (T=6 MESES) | 1º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 1 | 3,30% |
| Hemorragia à sondagem suave | 1 | 3,30% |
| Cálculo supra ou subgingival | 2 | 6,70% |
| Sextante excluído | 26 | 86,70% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 26. CPI do 2ºSextante

| CPI (T=6 MESES) | 2º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 5 | 16,70% |
| Hemorragia à sondagem suave | 5 | 16,70% |
| Cálculo supra ou subgingival | 3 | 10% |
| Bolsa de 4 a 5 mm | 1 | 3,30% |
| Sextante excluído | 16 | 53,30% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 27. CPI do 3ºSextante

| CPI (T=6 MESES) | 3º SEXTANTE | |
|------------------------------|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Hemorragia à sondagem suave | 3 | 10% |
| Cálculo supra ou subgingival | 1 | 3,30% |
| Sextante excluído | 26 | 86,70% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 28. CPI do 4ºSextante

| CPI (T=6 MESES) | 4º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 2 | 6,70% |
| Cálculo supra ou subgingival | 1 | 3,30% |
| Sextante excluído | 27 | 90% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 29. CPI do 5ºSextante

| CPI (T=6 MESES) | 5º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 5 | 16,70% |
| Hemorragia à sondagem suave | 4 | 13,30% |
| Cálculo supra ou subgingival | 8 | 26,70% |
| Sextante excluído | 13 | 43,30% |
| Total | 30 | 100% |

Tabela 30. CPI do 6ºSextante

| CPI (T=6 MESES) | 6º SEXTANTE | |
|--|-------------|-------------|
| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
| Saudável, ausência de sinais patológicos | 3 | 10% |
| Cálculo supra ou subgingival | 2 | 6,70% |
| Sextante excluído | 25 | 83,30% |
| Total | 30 | 100% |

2.3. IP e IG em T=0 meses e T=6 meses

2.3.1. IP e IG nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica

Dos 16 indivíduos que adquiriram prótese acrílica, os resultados do IP, na primeira recolha de dados (em T=0 meses), apresentaram um mínimo de 0% e um máximo de 100%, enquanto que na segunda análise (T=6 meses) o mínimo foi de 0% e o máximo foi de 86%. Estes resultados dão uma média de 29,63% com um desvio padrão de 30,731% na primeira análise (T=0 meses) que desceu ligeiramente para 23,838% com um desvio padrão de 27,1401% na segunda análise (T=6 meses) (tabela 31).

Os resultados do IG na primeira recolha de dados (em T=0 meses), apresentaram um mínimo de 0% e um máximo de 44%, enquanto que na segunda análise (T=6 meses) o mínimo foi de 0% e o máximo foi de 19%. Estes resultados dão uma média de 9,19% com um desvio padrão de 15,008% na primeira análise (T=0 meses) que desceu ligeiramente para 7,69% com um desvio padrão de 7,418% na segunda análise (T=6 meses) (tabela 31).

Tabela 31. Análise descritiva do IP e IG nos T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica

| DESCRITIVAS | IP | | IG | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | T=0 meses | T=6 meses | T=0 meses | T=6 meses |
| Média | 29,63% | 23,84% | 9,19% | 7,69% |
| Desvio padrão | 30,731% | 27,1401% | 15,008% | 7,418% |
| Mínimo | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Máximo | 100% | 86% | 44% | 19% |

2.3.2. IP e IG nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética

Dos 14 indivíduos que adquiriram prótese esquelética, os resultados do IP, na primeira recolha de dados (em T=0 meses), apresentaram um mínimo de 0% e um máximo de 100%, enquanto na segunda análise (em T=6 meses) o mínimo foi de 0% e o máximo foi de 75%. Estes resultados dão uma média de 24,93% com um desvio padrão de 29,656% na primeira análise (T=0 meses) que desceu ligeiramente para 17,714% com um desvio padrão de 19,3328% na segunda análise (T=0 meses) (tabela 32).

Os resultados do IG na primeira recolha de dados (em T=0 meses), apresentaram um mínimo de 0% e um máximo de 48%, enquanto na segunda análise (em T=6 meses) o mínimo foi de 0% e o máximo foi de 23%. Estes resultados dão uma média de 7,21% com um desvio padrão de 12,819% na primeira análise (T=0 meses) que desceu ligeiramente para 6,57% com um desvio padrão de 8,016% na segunda análise (T=6 meses) (tabela 32).

Tabela 32. Análise descritiva do IP e IG nos T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética

| DESCRITIVAS | IP | | IG | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | T=0 meses | T=6 meses | T=0 meses | T=6 meses |
| Média | 24,93% | 17,71% | 7,21% | 6,57% |
| Desvio padrão | 29,656% | 19,33% | 12,819% | 8,016% |
| Mínimo | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Máximo | 100% | 75% | 48% | 23% |

2.4. GOHAI nos T=0 meses e T=6 meses

Neste estudo a média dos resultados GOHAI foi de 29,40 no primeiro tempo de análise (T=0 meses) que representa uma baixa auto-perceção da saúde oral (valores inferiores a 30). No segundo tempo de análise (T=6 meses) houve um aumento da média de valores do GOHAI, para 31,00, que representa uma subida da autopercepção da saúde oral para moderada (valores entre 30-33) (tabela 33).

Tabela 33. Análise descritiva dos resultados GOHAI

| DESCRITIVAS | GOHAI | |
|---------------|-----------|-----------|
| | T=0 meses | T=6 meses |
| Média | 29,4 | 31 |
| Desvio padrão | 3,82 | 2,691 |
| Mínimo | 19 | 35 |
| Máximo | 25 | 35 |

2.4.1. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica

Os dados obtidos pelo questionário GOHAI nos 16 indivíduos que adquiriram prótese acrílica apresentaram uma média de 28,88 na primeira análise, média que subiu para 30,31 na segunda análise. Na primeira análise o resultado mais baixo foi de 19 e na segunda análise esse valor subiu para 25, enquanto o valor mais elevado foi 34 em ambos os tempos de análise (tabela 34).

Tabela 34. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica nos T=0 meses e T=6 meses

| DESCRITIVAS | GOHAI | |
|---------------|-----------|-----------|
| | T=0 meses | T=6 meses |
| Média | 28,88 | 30,31 |
| Desvio padrão | 4,319 | 2,798 |
| Mínimo | 19 | 25 |
| Máximo | 34 | 34 |

2.4.2. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética

Os dados obtidos pelo questionário GOHAI nos 14 indivíduos que adquiriram prótese esquelética apresentaram uma média de 30 na primeira análise, média que subiu para 31,79 na segunda análise. Na primeira análise o resultado mais baixo foi de 26 e na segunda análise esse valor subiu para 27, enquanto o valor mais elevado foi 35 em ambos os tempos de análise (tabela 35).

Tabela 35. GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética nos T=0 meses e T=6 meses

| DESCRITIVAS | GOHAI | |
|---------------|-----------|-----------|
| | T=0 meses | T=6 meses |
| Média | 30 | 31,79 |
| Desvio padrão | 3,211 | 2,424 |
| Mínimo | 26 | 27 |
| Máximo | 35 | 35 |

2.4.3. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos

2.4.3.1. RESULTADOS DO GOHAI DIVIDIDOS POR GRUPOS EM T=0 MESES

Os índices obtidos pelo questionário GOHAI classificam a auto-perceção em baixa (<30 pontos), moderada (30-33 pontos) e elevada (34-36 pontos) (Carvalho et al., 2013). Desta forma agrupou-se os índices segundo esta classificação e separados pelo tipo de prótese adquirida.

Na primeira recolha de dados (T=0 meses) observou-se que existem mais indivíduos com uma auto-perceção baixa (n=7 indivíduos em ambos os tipos de prótese) e moderada (n=7 indivíduos na prótese acrílica e n=5 na esquelética) do que indivíduos com uma auto-perceção elevada (n=2 indivíduos em ambas as próteses) (gráfico 3).

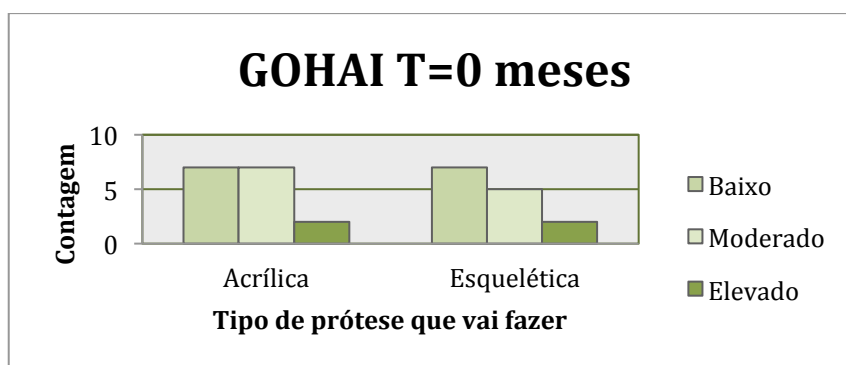


Gráfico 3. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos em T=0 meses

2.4.3.2. EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO GOHAI DIVIDIDO POR GRUPOS EM T=6 MESES

No segundo tempo de recolha de dados (T=6 meses) e agrupando os índices GOHAI segundo a classificação descrita anteriormente, observou-se que na prótese acrílica o número de indivíduos com uma auto-perceção baixa diminuiu de 7 para 4, o número de indivíduos com uma auto-perceção moderada aumentou de 7 para 11 e o número de indivíduos com uma auto-perceção elevada diminuiu ligeiramente de 2 para 1.

Na prótese esquelética observou-se que o número de indivíduos com auto-perceção baixa diminuiu de 7 para 3 e no número de indivíduos com auto-perceção

elevada aumentou de 2 para 4, enquanto o número de indivíduos com auto-percepção moderada se manteve igual (gráfico 4).

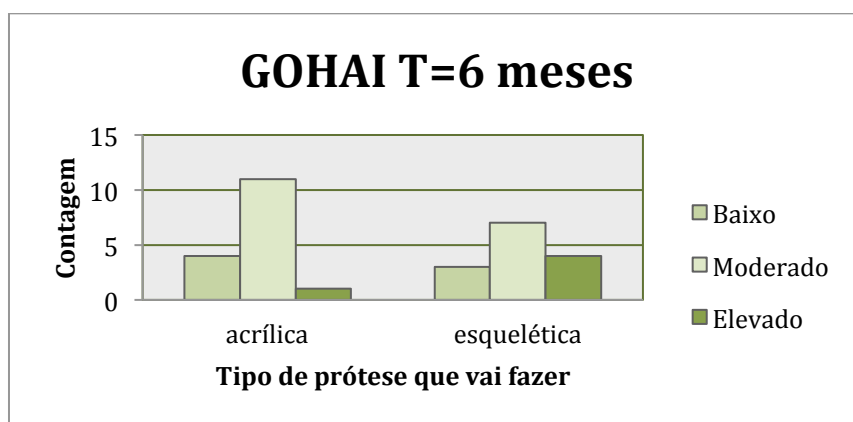


Gráfico 4. Evolução dos resultados do GOHAI dividido por grupos em T=6 meses

2.4.4. ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS GOHAI, POR QUESTÃO

Ao analisar individualmente cada questão, verificou-se que a questão 6 obteve a média mais elevada ($\bar{x}=2,87$), pertencendo esta questão à dimensão psicossocial. Sendo a questão número 5 a que obteve a média mais baixa ($\bar{x}=1,97$) entre todas as questões, pertencendo esta questão à dimensão física do GOHAI (tabela 36).

Tabela 36. Análise descritiva dos resultados GOHAI

| Dimensão | | Items | N | α de Cronbach | | T=0 meses | | T=6 meses | |
|----------|--------------------|---|----|----------------------|-----------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | | | | T=0 meses | T=6 meses | Média | Desvio Padrão | Média | Desvio Padrão |
| GOHAI | Física | 1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes? | 30 | 0,653 | 0,595 | 2,53 | 0,776 | 2,63 | 0,556 |
| | | 2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos? | 30 | | | 2,03 | 0,809 | 2,30 | 0,702 |
| | | 4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca? | 30 | | | 2,40 | 0,814 | 2,33 | 0,711 |
| | | 5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento? | 30 | | | 1,97 | 0,809 | 2,53 | 0,681 |
| | | 6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca? | 30 | | | 2,87 | 0,346 | 2,97 | 0,183 |
| | Psicossocial | 7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca? | 30 | | | 2,00 | 0,910 | 1,40 | 0,675 |
| | | 11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca? | 30 | | | 2,80 | 0,407 | 2,87 | 0,346 |
| | | 3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos? | 30 | | | 2,73 | 0,583 | 2,97 | 0,183 |
| | Dor ou desconforto | 8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca? | 30 | | | 2,80 | 0,407 | 2,93 | 0,254 |
| | | 9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado? | 30 | | | 2,43 | 0,728 | 2,73 | 0,521 |
| | | 10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas da sua boca? | 30 | | | 2,40 | 0,770 | 2,67 | 0,479 |
| | | 12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos? | 30 | | | 2,50 | 0,683 | 2,57 | 0,568 |

3. ANÁLISE INFERENCIAL

3.1. Relação entre o tipo de prótese e presença de lesões na cavidade oral

Através do teste de McNemar, foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas (valor $p=1,000$) entre a presença de lesões do primeiro tempo de análise (T=0 meses) e o segundo tempo de análise (T=6 meses) nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica. Demonstrando que, na amostra avaliada neste estudo, o aparecimento de lesões na cavidade oral não está associada ao uso de prótese acrílica (tabela 37).

Com o mesmo teste (teste de McNemar), concluiu-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas (valor $p=0,687$) entre a presença de lesões do primeiro tempo de análise (T=0 meses) e o segundo tempo de análise (T=6 meses) nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética. Demonstrando também, que na amostra avaliada, o aparecimento de lesões na cavidade oral não está associada ao uso de prótese esquelética (tabela 38).

Tabela 37. Relação entre a presença de lesões no T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica pelo teste de McNemar

| PRESENÇA DE LESÕES (T= 6MESES) PRESENÇA DE LESÕES (T= 0MESES) | PRESENÇA DE LESÕES (T= 6MESES) | |
|--|--------------------------------|-----|
| | NÃO | SIM |
| NÃO | 9 | 2 |
| SIM | 2 | 3 |

Tabela 38. Relação entre a presença de lesões no T=0 meses e T=6 meses nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética pelo teste de McNemar

| PRESENÇA DE LESÕES (T= 6MESES) PRESENÇA DE LESÕES (T= 0MESES) | PRESENÇA DE LESÕES (T= 6MESES) | |
|--|--------------------------------|-----|
| | NÃO | SIM |
| NÃO | 6 | 4 |
| SIM | 2 | 2 |

3.2. Relação entre o tipo de prótese e o IP e IG

Através do teste de Wilcoxon, foi possível determinar que não há diferenças estatisticamente significativas entre os valores de IP (valor $p=0,182$), em T=0 meses e T=6 meses e entre os valores do IG (valor $p=0,799$) em T=0 meses e T=6 meses nos utilizadores de prótese acrílica. O que permite concluir que não existe relação entre a utilização de prótese acrílica e os valores obtidos no IP e IG, na amostra estudada.

Pelo teste de Wilcoxon, determinou-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos no IP (valor $p=0,069$), em T=0 meses e T=6 meses e IG (valor $p=0,682$), em T=0 meses e T=6 meses em relação à utilização de prótese esquelética, que significa que a sua utilização, na amostra estudada, não tem influência os valores de IP e IG (tabela 39).

Tabela 39. Médias de IP e IG de ambos os tipos de prótese e em ambos os tempos de análise

| TIPO DE PRÓTESE | IP | | | IG | | |
|-----------------|--------------|----------------|-----------|-------------|------------|-----------|
| | T=0 meses | T=6 meses | "p value" | T=0 meses | T=6 meses | "p value" |
| Acrílica | 29,63±30,731 | 23,838±27,1401 | $p=0,182$ | 9,19±15,008 | 7,69±7,418 | $p=0,799$ |
| Esquelética | 24,93±29,656 | 17,714±19,3328 | $p=0,069$ | 7,21±12,819 | 6,57±8,016 | $p=0,682$ |

3.3. Relação entre os dados obtidos no GOHAI nos T=0 meses e T=6 meses e o tipo de prótese adquirida

3.3.1. Relação entre os dados obtidos no GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese acrílica

Pelo teste t-Student, determinou-se que não há diferenças estatisticamente significativas (valor $p=0,066$) entre os valores médios obtidos no GOHAI em T=0 meses e T=6 meses em relação à utilização de prótese acrílica, que significa que a sua utilização, na amostra estudada, não tem influência nos valores do GOHAI (tabela 40).

Tabela 40. Teste t-Student com os valores GOHAI entre T=0 meses e T=6 meses

| Paired Differences | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--------|----------------|-----------------|---|-------|--------|----|-------------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | t | df | Sig. (2 – tailed) |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | GOHAI (T=0 meses) – GOHAI (T=6 meses) | -1,438 | 2,898 | 0,724 | -2,981 | 0,106 | -1,984 | 15 | 0,066 |

3.3.2. Relação entre os dados obtidos no GOHAI nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética

Pelo teste t-Student, determinou-se que há diferenças estatisticamente significativas (valor $p=0,019$) entre os valores médios obtidos no GOHAI em T=0 meses e T=6 meses em relação à utilização de prótese esquelética, que significa que a sua utilização, na amostra estudada, tem influência nos valores do GOHAI. Isto é, na amostra analisada, a utilização de prótese esquelética influenciou o aumento da média dos valores obtidos no GOHAI, ou seja, melhorou a auto-percepção dos indivíduos (tabela 41).

Tabela 41. Teste t-Student com os valores GOHAI entre T=0 meses e T=6 meses

| Paired Differences | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--------|----------------|-----------------|---|-------|--------|----|-------------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | t | df | Sig. (2 – tailed) |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | GOHAI (T=0 meses) – GOHAI (T=6 meses) | -1,786 | 2,486 | 0,664 | -3,221 | -0,35 | -2,687 | 13 | 0,019 |

3.4. Correlação das dimensões do GOHAI

Com o objectivo de aferir se as dimensões do GOHAI (física, psicossocial e dor ou desconforto) se relacionam entre si no momento T=0 meses, recorreu-se ao teste de correlação de Spearman que determinou que há diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão Dor ou desconforto e a dimensão Física (valor $p=0,001$) com uma correlação de 0,595, o que significa que quando o valor de uma aumenta, o valor da outra também aumentará (tabela 42).

No entanto, a dimensão psicossocial não partilha qualquer tipo de correlação no momento T=0 meses com as restantes dimensões do GOHAI tal como inicialmente proposto no presente estudo (tabela 42).

Sendo que, no segundo momento de análise (T=6 meses), apesar de não se identificar qualquer tipo de diferenças estatisticamente significativas, obtiveram-se coeficientes de correlação entre as dimensões sempre inferiores a 0,350, o que significa que a relação entre dimensões é fraca ou moderada (tabela 43).

Tabela 42. Correlação de Spearman das dimensões do GOHAI em T=0 meses

| Correlations | | | Dimensão Física | Dimensão Psicossocial | Dimensão Dor |
|----------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|--------------|
| Spearman's rho | Dimensão Física | Correlation Coefficient | 1 | -0,245 | 0,595 |
| | | Sig. (2-tailed) | | 0,192 | 0,001 |
| | | N | 30 | 30 | 30 |
| | Dimensão Psicossocial | Correlation Coefficient | -0,245 | 1 | 0,085 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,192 | | 0,654 |
| | | N | 30 | 30 | 30 |
| | Dimensão Dor | Correlation Coefficient | 0,595 | 0,085 | 1 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,001 | 0,654 | |
| | | N | 30 | 30 | 30 |

Tabela 43. Correlação de Spearman das dimensões do GOHAI em T=6 meses

| Correlations | | | Dimensão Física | Dimensão Psicossocial | Dimensão Dor |
|----------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|--------------|
| Spearman's rho | Dimensão Física | Correlation Coefficient | 1 | -0,068 | 0,349 |
| | | Sig. (2-tailed) | | 0,721 | 0,059 |
| | | N | 30 | 30 | 30 |
| | Dimensão Psicossocial | Correlation Coefficient | -0,068 | 1 | 0,184 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,721 | | 0,332 |
| | | N | 30 | 30 | 30 |
| | Dimensão Dor | Correlation Coefficient | 0,349 | 0,184 | 1 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,059 | 0,332 | |
| | | N | 30 | 30 | 30 |

IV. DISCUSSÃO

Dos 30 idosos avaliados 50% (n=15) eram do sexo feminino e 50% (n=15) do sexo masculino, sendo que, à semelhança de outros estudos na mesma área que apresentaram média de idades entre 67,2 e 82,9 anos (A-Dan & Jun-Qi, 2011; Carvalho et al., 2013; Costa et al., 2010; Miranda et al., 2011; Zenthöfer, Rammelsberg, Cabrera, Schröder, & Hassel, 2014), o presente estudo apresentou uma média de idades de 72 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 76,7% (n=23) dos idosos eram casados, o que foi uma percentagem elevada quando comparada com as percentagens apresentadas nos estudos de Carvalho e colaboradores (2013) e Tubert-Jeannin e colaboradores (2003).

Quanto à formação académica, 66,7% (n=20) dos indivíduos apresentaram uma formação igual ou inferior ao 4º ano, o que demonstra que a população estudada apresenta baixos níveis de escolaridade tal como aferiram os estudos de Bianco e colaboradores (2010), Carvalho e colaboradores (2013) e Costa e colaboradores (2010).

De referir que 50% (n=15) dos idosos afirmou viver com um rendimento compreendido entre 1 a 2 salários mínimos, sendo este um rendimento considerado baixo a moderado, apresentando assim valores semelhantes aos 64,3% do estudo de Swoboda, Kiyak, Persson, Persson, & Yamaguchi (2006), com o mesmo nível de rendimento e ao estudo de Tubert-Jeannin e colaboradores (2003) que também apresentou na sua grande maioria uma amostra com um rendimento baixo.

Neste estudo 60% (n=18) dos idosos refere ter ido a uma consulta de medicina dentária à menos de 1 ano. Contrariamente à grande parte da amostra dos estudos de Carvalho e colaboradores (2013) e Yen e colaboradores (2015) que não iam a uma consulta de medicina dentária à mais de 1 ano.

Após a recolha de dados sobre que indivíduos já eram portadores de prótese dentária, determinou-se que 60% (n=18) dos indivíduos já era utilizador de prótese, tal como nos estudos de Bianco e colaboradores (2010), Carvalho e colaboradores (2013), Costa e colaboradores (2010), Moriya e colaboradores (2012) e Yen e colaboradores (2015).

É importante referir que mais de 86% (n=26) dos idosos avaliados não eram fumadores e mais do que 53% (n=16) refere que nunca ingere bebidas alcoólicas.

Dos 30 idosos avaliados, 20, que representam 66,7% da amostra, apresentaram doenças vasculares, sendo que, apenas 1 deles não realiza terapêutica vascular. Já no estudo de Swoboda e colaboradores (2006) essa percentagem é menor, com apenas 41,2% da amostra a apresentar pelo menos uma doença vascular.

Neste estudo a média dos valores GOHAI no primeiro tempo (T=0 meses) foi de 29,40, o que demonstra um nível de auto-percepção baixa entre os indivíduos que participaram nesta investigação, tal como nos estudos de Costa e colaboradores (2010), Tubert-Jeannin e colaboradores (2003) e Yen e colaboradores (2015).

No segundo momento de análise (T=6 meses) a média de valores do GOHAI subiu para 31,00, apresentando assim um nível de auto-percepção moderada. Estes níveis de auto-percepção que podem também ser observados nos estudos de Haikal e colaboradores (2011) e Moriya e colaboradores (2012). No entanto, nos estudos de Carvalho e colaboradores (2013) e Swoboda e colaboradores (2006) grande parte da amostra apresentou um nível de auto-percepção elevada.

Ao realizar uma análise conjunta dos valores do GOHAI no momento T=0 meses e T=6 meses é perceptível que de um tempo de análise para o outro, a grande alteração reside no número de idosos que passaram de um nível de auto-percepção baixa para moderada e que o número de idosos (que foram uma minoria) com um nível de auto-percepção elevada se manteve semelhante em ambos os tipos de prótese.

Ao analisar separadamente o grupo A e o grupo B, que realizaram prótese acrílica e esquelética respectivamente, verificou-se que os idosos que adquiriram prótese esquelética apresentam uma média de valores do GOHAI mais elevada do que a dos idosos que realizaram prótese acrílica.

No grupo de idosos que realizaram prótese esquelética (grupo B) identificou-se que as diferenças entre os valores médios do GOHAI de T=0 meses para T=6 meses são estatisticamente significativas ($p=0,019$). Disto se conclui, que o tipo de prótese esquelética ajudou a melhorar o nível de auto-percepção dos idosos deste grupo. O grupo de idosos do grupo A, à semelhança do grupo B, embora tenha apresentado níveis de auto-percepção mais baixos, também apresentou subidas nos valores médios do GOHAI de um momento de análise para o outro. No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,066$).

De modo a perceber se existia uma relação entre as dimensões (física, psicossocial, dor ou desconforto) do GOHAI, realizou-se teste de correlação de Spearman e verificou-se que as únicas dimensões que estavam correlacionadas

($p=0,001$) foram a dimensão física e a dimensão dor ou desconforto, no primeiro momento de análise ($T=0$ meses). Verificou-se também que, de acordo com as hipóteses propostas neste estudo, a dimensão psicossocial não se relaciona nem com a dimensão física, nem com a dimensão dor ou desconforto, ou seja, sendo que a dificuldade na mastigação pertence à dimensão física, esta não interfere na dimensão social da qualidade de saúde oral, bem como, a dor presente na cavidade oral, avaliadas na dimensão dor ou desconforto, também não interfere na mesma dimensão social da qualidade da saúde oral. No segundo momento de análise ($T=6$ meses) não foi identificado qualquer tipo de relação entre as várias dimensões do GOHAI.

No estudo de Yen e colaboradores (2015) 10,1% da amostra apresentou lesões ulcerativas, enquanto neste estudo a análise das lesões da cavidade oral nos idosos que adquiriram prótese acrílica, num primeiro momento ($T=0$ meses) observou-se que 18,8% ($n=3$) apresentavam lesões ulcerativas e que no segundo momento ($T=6$ meses) essa percentagem aumentou para 31,3% ($n=5$). Já nos idosos que adquiriram prótese esquelética, no primeiro momento de análise ($T=0$ meses) 28,6% ($n=4$) da amostra apresentou lesões ulcerativas, aumentando este valor para 35,7% ($n=5$) no segundo momento ($T=6$ meses). Sendo que, as diferenças dos valores apresentados para ambos os casos, entre o momento $T=0$ meses e o $T=6$ meses, não são diferenças estatisticamente significativas.

Quanto às demais possíveis lesões, apenas se identificou 2 casos inconclusivos no primeiro momento de análise do grupo A e 1 caso inconclusivo que apareceu no segundo momento de análise do grupo B. Sendo que, no primeiro caso as lesões inconclusivas identificadas acabaram por desaparecer no segundo momento ($T=6$ meses).

Os resultados das medições de IP, não revelaram diferenças estatisticamente significativas, de um momento de análise para o outro, mas as diferenças apresentadas mostraram que na amostra estudada a utilização de prótese melhorou os resultados destes índices, especialmente nos idosos que utilizaram prótese esquelética. Nos indivíduos que adquiriram prótese esquelética a média de IP baixou de 24,93% para 17,71% no segundo momento de análise ($T=6$ meses), o que representa uma diminuição de 7,22 pontos percentuais. Esta descida que é superior à diferença apresentada pelos idosos que adquiriram prótese acrílica e que apresentaram uma diminuição de 5,79 pontos percentuais, pois neste caso a média dos valores de IP baixou de 29,63% para 23,84% entre os dois momentos de análise.

Quanto à análise do IG, especialmente nos idosos que adquiriram prótese acrílica, foi possível observar uma redução de 9,19% para 7,69%, entre os dois momentos de recolha de dados. No entanto, os idosos que adquiriram prótese esquelética também se identificou uma redução do índice de 0,64, baixando os valores de 7,21% para 6,57% entre os dois momentos.

A análise do CPI mostrou que em todos os sextantes a codificação predominante foi a “X”, o que representa sextante excluído (menos de 2 dentes presentes), tratando-se então de uma amostra com uma elevada taxa de perda dentária, ao contrário do que foi encontrado no estudo de Bianco e colaboradores (2010), que apresentou como codificação predominante “1” (hemorragia suave à sondagem).

V. CONCLUSÕES

De acordo com os dados obtidos neste estudo, tendo em conta as limitações do mesmo, como a pequena amostra estudada e sabendo que não se obteve significância em todas as análises que se procurou realizar, concluiu-se que nestes dois grupos de idosos:

1. A utilização de prótese melhorou os resultados de IP e IG, especialmente nos casos em que o indivíduo utilizou uma prótese esquelética e nos casos em que o indivíduo utilizou prótese acrílica, respectivamente.

2. A utilização de prótese influenciou positivamente os resultados GOHAI, principalmente nos idosos que inicialmente apresentaram um baixo nível de auto-percepção e que passaram para um nível de auto-percepção moderada.

3. A utilização de prótese esquelética, aumentou os valores médios obtidos no GOHAI em T=0 meses e T=6 meses, diferença de valores estas estatisticamente significativa. O que permite concluir que a utilização de prótese esquelética influenciou positivamente a média de valores obtidos no GOHAI, ou seja, melhorou o nível de auto-percepção dos idosos, ao contrário do que foi verificado nos utilizadores de prótese acrílica.

Concluiu-se ainda que além da dificuldade na mastigação e na alimentação, também a dor na cavidade oral, não interfere na qualidade de saúde oral, na sua dimensão social. Comprovando assim as hipóteses propostas neste estudo, para esta amostra, pela falta de significância nos testes de correlação.

VI. FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

As principais limitações deste estudo vão de encontro com as típicas limitações de um estudo piloto, que na sua essência procura testar, apurar ou estudar certo tema recorrendo a uma amostra mais reduzida de inquiridos.

Assim sendo, e não obstante a significância de alguns dos dados recolhidos e que mesmo perante uma amostra reduzida foram possíveis de apurar, no futuro com o intuito de aprofundar o tema desenvolvido será interessante aumentar a amostra e, não só, procurar, uma vez mais, aferir o impacto, isto é a correlação, das dimensões do GOHAI entre si, como também, procurar introduzir uma nova vertente que tente perceber como é que as dimensões física, psicossocial e dor ou desconforto explicam o nível da auto-percepção total dos inquiridos. Futuramente seria também interessante introduzir uma nova dimensão no estudo que, de uma forma ou de outra, procure aferir como é que o nível de auto-percepção de cada indivíduo idoso afecta o seu quotidiano.

VII. BIBLIOGRAFIA

- A-Dan, W., & Jun-Qi, L. (2011). Factors associated with the oral health-related quality of life in elderly persons in dental clinic: validation of a Mandarin Chinese version of GOHAI. *Gerodontology*, 28(3), 184–191. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00360.x>
- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(40), 1–8.
- Ansai, T., Takata, Y., Soh, I., Awano, S., Yoshida, A., Sonoki, K., ... Takehara, T. (2010). Relationship between tooth loss and mortality in 80-year-old Japanese community-dwelling subjects. *BMC Public Health*, 10(386), 1–6. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-386>
- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*, 54(11), 680–687.
- Batista, V., Batista, F., Pavan, A., Matheus, G., & Silva, M. (2013). HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA OCASIONADA POR PRÓTESE TOTAL DESADAPTADA . RELATO DE CASO. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 34(2), 70–72.
- Bianco, V. C., Lopes, E. S., Borgato, M. H., Silva, P. M. & Marta, S. N. (2010). The impact on life quality due to oral conditions in people fifty years or above. *Ciência E Saúde Coletiva*, 15(4), 2165–2172.
- Bourgeois, D. M., Llodra, J. C., Christensen, L. B., Pitts, N. B., Ottolenghi, L. & Senakola, E. (2008). *Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Guidelines*. (D. Bourgeois, L. Christensen, L. Ottolenghi, J. Lldra, N. Pitts, & E. Senakola, Eds.). Lyon: University Lyon I. Retrieved from <http://www.egohid.eu/Documents/EGOHID.pdf>
- Cardos, M. C. A. F. & Bujes, R. V. (2010). A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, 15(1), 53–67.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População : Dependência , Ativação e Qualidade*. Lisboa.
- Carr, A. B., Brown, D. t., & COOPER, S. E. (2012). *Mccracken Prótese Parcial Removível* (12th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Carrilho, M. J., & Craveiro, M. L. (2013). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54(1), 57–107.
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(2), 166–172. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>

- Castro, R. A. L., Portela, M. C. & Leão, A. T. (2007). Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health. *Cad. Saúde Pública*, 23(10), 2275–2284.
- Catão, M. H. C. D. V., Xavier, A. F. C., & Pinto, T. C. D. A. (2011). O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 29, 73–78.
- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Campos, J. C. R. (2011). As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária E Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180. <http://doi.org/10.1016/j.rpemd.2011.05.002>
- Costa, E. H. M. Da, Saintrain, M. V. D. L., & Vieira, A. P. G. F. (2010). Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2925–2930. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600030>
- Esteves, R. A., Igarashi, A. D. B., Conceição, C. A. F., Celestino, Júnior, A. F. C., & Athayde, A. I. D. (2005). Prevalência das Lesões Bucais em Usuários de próteses Removíveis. *Revista Ibero-Americana de Próteses Clínica E Laboratorial*, 7(36), 147–53.
- Freitas, T. D., Silva, G. F., Beneti, I., & Bernardes, A. P. (2013). *Tratamento de queilite angular : relato de caso clínico*.
- Furtado, D. G., Forte, F. D. S., & Leite, D. F. B. M. (2011). Uso e necessidade de prótese em idosos: reflexos na qualidade de vida. *Rev. Bras. Ciên. Saúde.*, 15(2), 183–190. <http://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.02.08>
- Gomes, A. S., & Abegg, C. (2007). O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul , Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(7), 1707–1714.
- Hagglin, C., Berggren, U., & Lundgren, J. (2005). A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swedish Dental Journal*, 29(3), 113–124.
- Haikal, D. S., Paula, A. M. B., Martins, A. M. E. B. L., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. (2011). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3317–29.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Dia Mundial da População 11 julho de 2014 População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*.

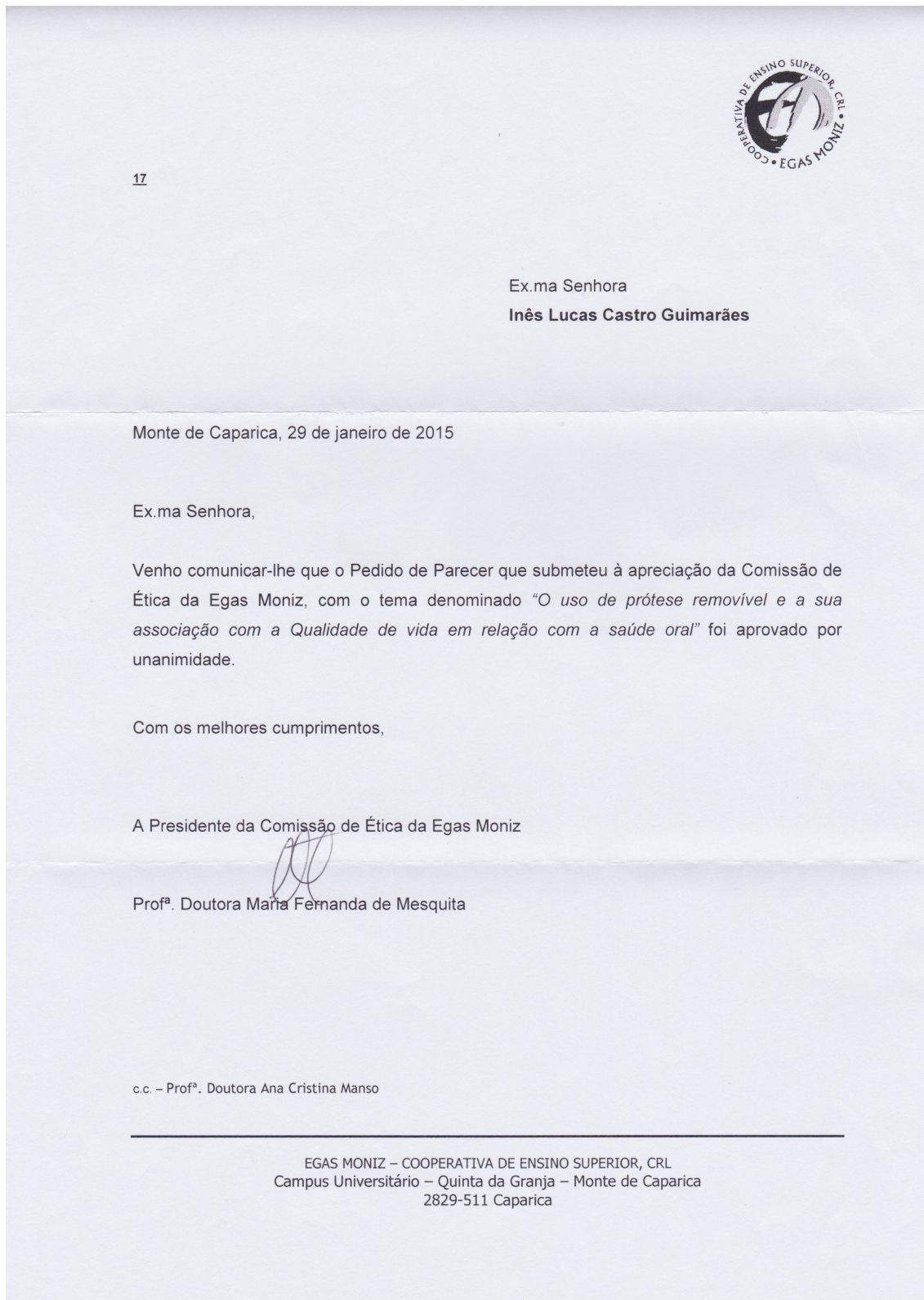
- Lelis, É. R., Siqueira, C. S., Costa, M. M., Reis, S. M A. S., Gomes, V. L., & Oliveira, A. G. (2009). Incidência e prevalência de doenças bucais em pacientes idosos: Alterações morfológicas, sistêmicas e bucais. *Revista Inpeo de Odontologia.*, 3(2), 67–73.
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia, Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 13–31.
- Marôco, J. (2014). *ANÁLISE ESTATÍSTICA com o SPSS Statistics* (6ª edição ed.). Pêro Pinheiro: Gráfica Manuel Barbosa e Filhos.
- Miranda, L. D. P., Silveira, M. F., Miranda, L. D. P., & Bonan, P. R. F. (2011). Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 14(2), 251–269. <http://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200007>
- Moriya, S., Tei, K., Murata, A., Muramatsu, M., Inoue, N., & Miura, H. (2012). Relationships between Geriatric Oral Health Assessment Index scores and general physical status in community-dwelling older adults. *Gerodontology*, 29(2), e998–e1004. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00597.x>
- Moura, W., Frota, D., Aguiar, A., Furtado, G., Almeida, M. & Clara, I. (2012). SELF-PERCEPTION OF ORAL HEALTH IN OLDER ADULTS: AN IMPORTANT INPUT INTO PUBLIC POLICY-MAKING. *LETTERS TO THE EDITOR*, 59(9), 1780–1781.
- Newman, M. G., Takei, H., Klokkevold, P. R., & Carranza, F. A. (2012). *Carranza Periodontia Clínica* (11th ed.). Elsevier Brasil, 2012.
- Papaioannou, W., Oulis, C. J., & Yfantopoulos, J. (2015). The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP-14 questionnaire. *Oral Biology and Dentistry*, 3(1), 1–7. <http://doi.org/10.7243/2053-5775-3-1>
- Paraguassú, G. M., Pimentel, P. A., Santos, A. R., Gurgel, C. A. S., & Sarmiento, V. A. (2011). Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. *Revista Cubana de Estomatol*, 48(3), 268–276.
- Passos, R. A., Nunes, S. S. & Silva, L. F., (2015). A Pluralidade do Conceito de Saúde : o Poder de Voz dos Usuários do SUS em uma Conferência Municipal de Saúde System (SUS) Users in a Municipal Health Conference. *Revista Ciências Em Saúde*, 5(2), 1–9.
- Pedro, R., Jacondino, C., Rosemberg, L., Schwanke, C., Bós, Â., Carli, G., & Gomes, I. (2013). Number of teeth and chewing satisfaction related to cardiometabolic , vascular diseases and self-perception of health in older adults. *Pan American Journal of Aging Research*, 1(2), 40–45.

- Petersen, P. E., Kandelman, D., Arpin, S., & Ogawa, H. (2010). Global Oral Health of older people - Call for public health action. *Community Dental Health*, 27(Suppl 2), 257–268. <http://doi.org/10.1922/CDH>
- Pinho, L. C. F. De, Muniz, S. K. C., & Melo, S. T. D. S. (2013). Principais lesões orais ocasionadas pela má adaptação da prótese parcial removível e pela má higienização. *Caderno de Ciências Biológicas E Da Saúde*, 01. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for Business Students* (5th ed.). Pearson Education.
- Scardina, G. A., & Messina, P. (2012). Good oral health and diet. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 1–8. <http://doi.org/10.1155/2012/720692>
- Silva, B. L. A., Bonini, J. A. & Bringel, F. D. A. (2015). Oral health status of institutionalized elderly in Araguaína / TO. *Braz J Periodontol*, 25(01), 7–13.
- Silva, E. M. M., Barão, V. A. R., Santos, D. M., Delben, J. A., Ribeiro, A. C. P., & Gallo, A. K. G. (2011). Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura. *Odonto*, 19(37), 39–47.
- Silva, M. E. S. e, Villaça, E. L., Magalhães, C. S. F, & Ferreira, E. F. (2010). Impact of tooth loss in quality of life. *Ciencia & Saude Coletiva*, 15(3), 841–850.
- Siqueira, J. S. S., Batista, S. A., Ferreira, M. F., Agostini, M., & Torres, S. R. (2014). Candidíase oral em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Odontologia*, 71(2), 176–179.
- Swoboda, J., Kiyak, H. A., Persson, R. E., Persson, Person, G. R., Yamaguchi, D. K., MacEntee, M. I. & Wyatt, C. C. L. (2006). Predictors of oral health quality of life in older adults. *Spec Care Dentists*, 6(4), 137–144.
- Tubert-Jeannin, S., Riordan, P. J., Morel-Papernot, A., Porcheray, S., & Saby-Collet, S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(4), 275–284.
- Turker, S. B., Sener, I. D., Koçak, A., Yilmaz, S., & Özkan, Y. K. (2010). Factors triggering the oral mucosal lesions by complete dentures. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(1), 100–104. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2009.09.001>
- Vaccarezza, G., Fuga, R., & Ferreira, S. (2010). Saúde Bucal e Qualidade de Vida dos Idosos. *Revista de Odontologias Da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(2), 134–137.
- Wong, M. C. M., Liu, J. K. S., & Lo, E. C. M. (2002). Translation and Validation of Chinese Version of GOHAI. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(2), 78–83.

- Yen, Y. Y., Lee, H. E., Wu, Y. M., Lan, S. J., Wang, W. C., Du, J. K., Huang, S. T. & Hsu, K. J. (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*, 15(1), 1–12. <http://doi.org/10.1186/1472-6831-15-1>
- Zenthöfer, A., Rammelsberg, P., Cabrera, T., Schröder, J., & Hassel, A. J. (2014). Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*, 14(4), 247–254. <http://doi.org/10.1111/psyg.12077>

VIII. ANEXOS

Anexo 1



FOLHA DE INFORMAÇÃO AO DOENTE/PARTICIPANTE

Por favor leia atentamente,

No âmbito da Unidade Curricular “Trabalho de projeto final” do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD), vem a co-orientadora deste Projeto Ana Cristina Manso, solicitar o parecer da Comissão de Ética da Egas de Moniz para a realização de um trabalho de investigação clínica, com o tema “O uso de prótese removível e a sua associação com a Qualidade de vida em relação com a saúde oral”. A aluna Inês Lucas Castro Guimarães, será a orientando deste projecto.

Será efectuada sua História Clínica e aplicado um questionário (o GOHAI onde será avaliada a autopercepção dos indivíduos relativamente à sua saúde oral e o mesmo demorará a responder cerca de 15 minutos).

Será realizado um exame clínico onde se determinará a necessidade normativa de uso de prótese removível em acrílico ou em cr-cobalto, e serão identificadas lesões da cavidade. Este exame clínico de fácil execução, indolor e não invasivo, terá uma duração aproximada de 20min, na sua execução.

Os resultados obtidos serão alvo de análise estatística, sendo que os dados pessoais nunca serão revelados.

Se decidir participar ser-lhe-á entregue uma folha de consentimento informado, que deverá ler com atenção e assinar. A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Serão ainda fornecidas outro tipo de informações, directamente relacionadas com o horário de recolha de dados e com instruções prévias à mesma.

É muito importante a sua colaboração, neste estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional, contacte o docente responsável através do seguinte n.º de telefone: 21 294 67 08 (Secretaria de docentes);

Agradeço o tempo disponibilizado na leitura deste documento.

P’la Equipa de Investigação

Ana Cristina Manso

Anexo 3



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Questionário n°

Monte de Caparica, __ (dia), __ (mês) __ (ano)

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do 5º ano do **Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD)** da Unidade Curricular de “**Trabalho de projecto final**” do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), sob a Orientação da **Doutora Ana Cristina Manso** solicita-se a sua autorização para a participação no “O uso de prótese removível e a sua associação com a Qualidade de vida em relação com a saúde oral”.

O Estudo irá decorrer nas instalações da CES Egas Moniz, na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM). A população alvo será constituída por uma amostra de População idosa, de um coorte maior ou igual a 65 anos, com o objectivo de:

- Caracterizar a amostra socio-demograficamente;
- Quantificar a auto-percepção dos utilizadores de prótese removível antes e após a colocação de prótese removível acrílica e cromo-cobalto;
- Identificar os principais factores sociodemográficos associados à variável autopercepção;
- Quantificar a prevalência de lesões da cavidade oral, antes e após a colocação de Prótese Removível acrílica e cromo-cobalto;
- Identificar os domínios da autopercepção que se associam ao uso de prótese removível

Fui informado de que sou livre de aceitar ou recusar:

1. a minha participação de resposta ao questionário sociodemográfico, do estudo;
2. a minha participação de resposta ao questionário GOHAI, do estudo;
3. a minha participação para que me observem a cavidade oral;

A fim de esclarecer a minha decisão recebi, e bem compreendi, as informações seguintes:

1. Todos os dados recolhidos antes durante e após o estudo serão mantidos confidenciais, sendo utilizados somente os que se manifestem essenciais ao estudo em causa; será mantido o meu anonimato, perante os investigadores principais do projecto;
2. O estudo tem como objectivo contribuir de uma forma directa e indirecta para a formação do aluno em causa, sendo parte integrante do seu trabalho final de curso, no Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da saúde Egas Moniz;
3. Não serão efectuados procedimentos clínicos invasivos ou outros, bastando para isso a recolha de dados através de: a) aplicação de ficha de História clínica e de um questionário sociodemográfico e do GOHAI; b) a identificação de lesões da cavidade oral, aplicando a parametrização descrita no EGOHID II;
4. Poderei em qualquer momento pedir informação complementar ao investigador e se o desejar, parar a minha participação sem suportar nenhuma responsabilidade;
5. Os resultados dos dados recolhidos serão utilizados com a finalidade de pesquisa médico-dentária e serão tratados e apresentados de forma totalmente anónima;
6. Conservo todos os meus direitos garantidos na lei;
7. O meu consentimento não libera em nada os investigadores responsáveis deste trabalho das suas responsabilidades, no que diz respeito à investigação biológica e ética;

Deste modo permitirei:

1. Fornecer um certo número de dados pessoais e clínicos, presentes nos formulários preparado para esse fim;
2. Ser observado, na cavidade oral com a finalidade de me serem identificadas lesões da cavidade oral e me ser medida a necessidade normativa e expressa de prótese removível;

Este estudo pode trazer benefícios tais como:

- Contribuir para a difusão de indicadores socio-dentários em saúde oral, estudando os domínios da autopercepção que se associam ao uso de prótese removível;
- Quantificar a prevalência de lesões da cavidade oral, antes e após a colocação de Prótese Removível acrílica e cromo-cobalto, parece-nos trazer benefícios à realidade clínica e de qualidade de vida do doente;

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientado. A Orientanda está obrigada ao anonimato e confidencialidade dos sujeitos.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante)

(A aluna - Inês Guimarães)

(A Orientadora - Doutora Ana Cristina Manso)

Anexo 4

Anexo 1: Exemplos de Lesões da Mucosa Oral



Tabela 1

| Legenda | Tipo de lesão |
|---------|-----------------------------------|
| A - C | Leucoplasia |
| D - H | Línquen Plano |
| I - J | Úlcera herpética |
| K | Eritroplasia |
| L | Keratose ("Outro ou sem certeza") |
| M | Líquen Plano |
| N | Línquen Plano Erosivo |
| O | Ínico de canco da lábio inferior |
| P | Cancro da pavimento da boca |
| Q | Cancro da palato |
| R | Sarcoma de Kaposi |

Tabela 2

| Código | Tipo de lesão |
|--------|--|
| 1 | Tumor maligno (cancro oral) |
| 2 | Leucoplasia |
| 3 | Línquen Plano |
| 4 | Úlcera (aftosa, herpética, traumática) |
| 5 | Eritroplasia |
| 6 | Outro ou sem certeza |

Tabela 3

- 1º Comparar a lesão do paciente aos exemplos da tabela 1
- 2º Identificar na legenda (tabela 2) o tipo de lesão
- 3º Verificar o código da lesão na tabela 3
- 4º Identificar o código da lesão na respetiva coluna na ficha de anotação de necessidade normativa de uso de prótese e no questionário de cada paciente.

Nota:

Adaptado de EGOHID II Oral Health Interviews and clinical surveys: guidelines, 2008